

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РФ

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования

ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Факультет педагогики, психологии
и социальных наук

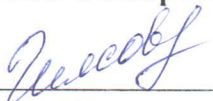
Кафедра «Прикладная
психология»

Направление подготовки 44.04.02 «Психолого-педагогическое образование»
Магистерская программа «Социальная психология в образовании»

Магистерская диссертация
на тему

«Изучение и коррекция психологических особенностей младших
подростков с невротическими отклонениями»

Студент


подпись

Гиясова Ольга Михайловна

Научный руководитель


подпись

Родионов М.А.

Нормоконтролёр


подпись

Тарасова Е.М.

Рецензент к. псих. н., доцент кафедры

«Защита в чрезвычайных ситуациях»

ПКИТ (филиал) ФГБОУ ВО

«Московский государственный университет

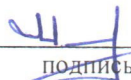
технологий и управления имени К.Г. Разумовского»


подпись

Бочкарева Л.П.

Работа допущена к защите (протокол заседания кафедры от 31.01.2020 № 8)

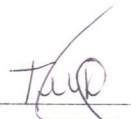
Заведующий кафедрой


подпись

Медведева И.А.

Работа защищена с отметкой отлично (протокол заседания ГЭК от 26.02.20 № 3)

Секретарь ГЭК


подпись

Карманова Т.М.

Пенза 2020

Оглавление

Введение.....	3
Глава 1. Психологические факторы развития невротических расстройств в детском и подростковом возрасте.....	9
1.1. Генезис представлений о невротических расстройствах в детском и младшем подростковом возрасте	9
Выводы из первой главы	38
Глава 2. Описание экспериментальной работы по изучению и коррекции психологических особенностей младших подростков с невротическими отклонениями.....	40
2.1. Объект и методы экспериментального исследования.....	40
2.1. Описание результатов исследования	41
2.3. Обсуждение полученных данных.....	51
Выводы из второй главы	66
Глава 3. Особенности психологической коррекции младших подростков с невротическими отклонениями.....	68
Выводы из третьей главы	74
Заключение	76
Список используемых источников.....	80
Приложение	83

Введение

В настоящее время актуальность проблемы предупреждения и коррекции невротических расстройств у детей и подростков существенно возрастает. Экономические трудности, неблагоприятная криминальная обстановка, ритм современной жизни нередко вызывает психосоциальные стрессы, которым подвергается каждая семья и особенно дети. В связи с этим возрастает число невротических расстройств у детей и подростков, протекающих с нарушениями психической адаптации.

Установлено, что более 60% всех заболеваний центральной нервной и периферической нервной системы у детей происходят из перинатального периода, в дальнейшем протекая с различными отклонениями психической адаптации, приводя в большинстве случаев к развитию различных форм невротических реакций, таких как: повышенная возбудимость, страхи, нетерпеливость, раздражительность, астения, нерешительность, неуравновешенность, частые смены настроения, слезливость и др.

Начало проявления невроза чаще всего отмечается, начиная с дошкольного возраста до 7-9 лет. Невротическое состояние разворачивается преимущественно постепенно в результате нарастающего влияния актуальных психотравмирующих ситуаций, прежде всего, семейного происхождения. Нередко отклонения психической адаптации формируются на фоне психологического кризиса, который вызывается столкновением личности с непреодолимым в настоящее время препятствием на пути удовлетворения ее жизненных важнейших целей, ведущим к нарушению адаптации в социальной среде, острому состоянию, характеризующемуся эмоциональным напряжением, тревогой, растерянностью, дезорганизацией познавательной активности и поведения. Один из таких кризисов относится к младшим подросткам 10-11 лет. Эмоциональные и психологические изменения в этом возрасте происходят на фоне намечающейся гормональной перестройки: ребенок стоит на пороге переходного возраста, вступает в

предпубертатный период. Для него характерна эмоциональная неустойчивость, когда настроение может резко меняться даже без видимых на то причин от возбужденного до подавленного вплоть до навязчивых состояний. Такие состояния могут возникать обычно под воздействием какой-либо психотравмирующей ситуации, но иногда могут проявляться как заострение черт сенситивной и психастенической акцентуации. Содержание страхов зависит от возраста: если, например, у дошкольников преобладает страх темноты, одиночества, собак и т. д., то у младших подростков, прежде всего - тревога, связанная с ситуациями общения. В частности, если подросток неуверен в себе, то достаточно однократной незначительной ситуации конфликта с окружающими, чтобы возник страх общения (страх собственной речи, публичных выступлений и т.д.). Подросток начинает избегать ситуаций общения со сверстниками, а затем и со взрослыми, ведет себя скованно, напряженно и убеждается по реакции окружающих, что он «действительно не такой как все», что «все его осуждают». Без соответствующей психологической поддержки это в перспективе может еще больше усиливать его невротическое состояние.

Несмотря на то, что к настоящему времени проведено достаточное количество психологических исследований среди больных детского возраста (Вейн А. М. и другие, 1991; Камянов И. М., 1989, Ковалев В.В., 1995 и др.), результаты которых указывают на ведущую роль эмоциональных расстройств в генезе психосоматических и психоневрологических (функциональных) нарушений, подавляющее большинство детей и подростков с такими расстройствами наблюдаются, в лучшем случае, у невропатологов, получая, в основном, только симптоматическое лечение.

Сказанное диктует целесообразность разработки специальных комплексных мер по оказанию психологической помощи младшим подросткам с невротическими отклонениями, основное место в которой занимает психокоррекция. Как показывает мировой опыт, специальная психологическая реабилитация детей и подростков с нервно-психическими

отклонениями способствует повышению уровня социальной адаптации, способности противостояния кризисам, снижению личностной тревожности, стабилизации эмоционального состояния и эффективному налаживанию межличностных коммуникаций. Всеми вышеизложенными обстоятельствами обусловлена актуальность предлагаемого исследования и выбор возрастного диапазона испытуемых.

Целью настоящего исследования явилось выявление характера и причин психологической дезадаптации младших подростков с невротическими отклонениями и разработка коррекционной программы для них.

Объект: Психологические особенности младших подростков.

Предмет: Психологические особенности младших подростков с невротическими отклонениями и система мер по их реабилитации.

Гипотеза состоит из двух утверждений:

1. Психологические особенности младших подростков с невротическими отклонениями проявляются в устойчивом нарушении их адаптации к условиям социальной среды. При этом имеют место гендерные различия, выражающиеся в характере проявления указанных отклонений.

2. Целенаправленная психокоррекционная работа способствует достоверному повышению уровня такой адаптации, выражающемуся в снижении уровня тревожности, стабилизации эмоционального состояния и улучшения межличностных коммуникаций.

Цель и гипотеза работы определили следующие задачи исследования:

1. Провести анализ причин развития невротических отклонений у детей и младших подростков.

2. Экспериментально выявить психологические характеристики личности и уровень тревожности младших подростков с невротическими отклонениями.

3. Разработать и апробировать программу психологической реабилитации младших подростков.

Научная новизна исследования заключается в том, что в нем раскрываются причины невротических отклонений детей в переходном периоде от младшего школьного возраста к подростковому возрасту и уточняются их специфические характеристики, которые учитываются при разработке программы психологической реабилитации младших подростков.

Теоретическая значимость исследования состоит в том, что проведенное исследование расширяет теоретические представления об особенностях личности младших подростков с невротическими отклонениями, которые, в свою очередь, могут лечь в основу определения направлений работы по их профилактике и минимизации негативного влияния на личностное развитие подростка.

Практическая ценность исследования заключается в адаптации содержащихся в работе научно-теоретических положений и выводов к условиям реального функционирования подростков с невротическими отклонениями. Учет их специфических психологических характеристик (низкий уровень адаптации, высокая ранимость, замкнутость, высокая ситуативная и личностная тревожность, недоверчивость, характер самооценки, агрессивность и др.) школьными психологами и учителями позволит более эффективно осуществлять профилактическую и коррекционную работу с такими подростками. Представленная в диссертации Программа психологической реабилитации младших подростков с невротическими отклонениями может непосредственно использоваться в практике работы школьного психолога.

Методологическая база: Методологической основой данной работы явились основные принципы психологической науки, в том числе принцип последовательного детерминизма (Л.С. Выготский), согласно которому развитие личности обусловлено социальной средой и психологическими закономерностями индивида, а также современные исследования в области психологии развития личности ребенка и, в частности, работы, посвященные психологическим особенностям детей с невротическими расстройствами и

коррекции таких расстройств (В.В. Белоус, Ф.Б. Березин, Л.И. Божович, П.Г. Вельский, Г.Г. Бочкарева, Л.С. Венгер, И.В. Дубровина, А.И. Захаров, И.В. Карабанова, В.В. Ковалев, А.М., Прихожан, Л.С. Славина, Ю.Л. Ханин и др.).

Методы исследования:

1. Теоретический анализ и обобщение психолого-педагогической литературы по исследуемой проблеме.

2. Эмпирические методы – беседы с подростками с невротическими расстройствами и их родителями; наблюдение за поведением подростков и, в частности, их реакцией на общение с окружающими; наблюдение жизни семей, составление психологических портретов их представителей.

3. Диагностические методики: Интегративный тест тревожности, личностный опросник Р. Кеттела (детский вариант), тест «Рисуночной фрустрации» Розенцвейга,

4. Коррекционные методики: элементы позитивной, рациональной, музыкальной психотерапии, гештальт-терапии, арт-терапии, методика аутогенной тренировки по Шульцу.

5. Методы математической статистики: многофункциональный критерий φ^* - Фишера; t-коэффициент Стьюдента.

Положения, выносимые на защиту:

1. Психологические особенности младших подростков с невротическими отклонениями имеют определенную специфику, связанную с устойчивым нарушением их адаптации к условиям социальной среды. В частности им свойственны: низкий уровень адаптации, нетерпеливость и моторная расторможенность, социальная смелость и непринужденность в общении, повышение удельного веса «эго»-защитных реакций в форме открытой агрессии, доминирование экстрапунитивных реакций в форме обвинения и враждебности по отношению к окружающим, высокая ситуативная и личностная тревожность.

2. Имеют место гендерные различия, выражающиеся в характере проявления невротических отклонений, которые могут быть связаны с более поздним половым созреванием мальчиков и более высоким уровнем их заболеваемости. В частности, мальчикам больше свойственна замкнутость, недоверчивость, отгороженность от других, в сочетании с недобросовестностью, безответственностью и низкий самоконтроль, а также более выраженные астенический компонент и социальные реакции защиты. У девочек выявлена высокая ранимость, неуверенность в себе, осторожность и рассудительность, более высокий уровень адаптации.

3. Целенаправленная психокоррекционная работа способствует достоверному повышению уровня такой адаптации, выражающемуся в снижении уровня тревожности, овладении навыкам эмоциональной экспрессии и адаптивного поведения, стабилизации эмоционального состояния и налаживания межличностных коммуникаций.

Экспериментальную базу исследования составили 25 младших подростков (13 мальчиков и 12 девочек) в возрасте от 10 до 12 лет с невротическими отклонениями, обращавшиеся с жалобами соответствующего характера в поликлиническое отделение Кузнецкой межрайонной детской больницы и стоящие на диспансерном учете по всему спектру невротических расстройств. Контрольную группу составили 19 детей, не имеющих жалоб в области неврологической клиники.

Структура работы. Работа состоит из введения, 3 глав, заключения, списка используемых источников и приложения.

Глава 1. Психологические факторы развития невротических расстройств в детском и подростковом возрасте

1.1. Генезис представлений о невротических расстройствах в детском и младшем подростковом возрасте

Существует несколько теорий, отражающих генезис научных представлений о сущности и причинах возникновения невротических расстройств в детском и подростковом возрасте.

Кортико-висцеральная теория. Истоки этой теории можно найти в трудах И.М. Сеченова, И.П. Павлова.

К.М. Быков и И.Т. Курцин (1960), основываясь на лабораторных и клинических данных, считали, что пусковыми механизмами невротических расстройств могут быть факторы внешней и внутренней среды или нарушения экстеро- и интероцептивной сигнализации, приводящие к конфликтной ситуации между возбуждением и торможением в коре и подкорке, что, в конечном итоге, вызывает невротическую реакцию. Было сделано заключение о том, что в большинстве случаев носителями таких расстройств являются личности со слабым и неуравновешенным сильным типом нервной системы.

Кортико-висцеральная теория недостаточно учитывала роль личностных факторов в развитии невротических расстройств. Требования же распространить понятия высшей нервной деятельности на личностное функционирование, систему значимых отношений личности и их нарушения, естественно, не могли быть реализованы (Карвасарский Д. Б., 1982).

Другое направление – психологическое, посвященное исследованию психики (души) ребенка и особенно его эмоциональной жизни.

Изучение психического развития детей открывает книга Д. Тьедеманна (1787), содержащая в себе наблюдения за развитием психических способностей ребенка. В последующем наиболее значимыми считались

исследования В. Прейера (1891), работа которого «Душа ребенка» неоднократно переиздавалась в России в конце 19 века.

С 20-х годов 20 века стала отмечаться более конкретная направленность исследований: проводилось изучение влияния эмоций на формирование межличностных отношений, изучались особенности эмоций у детей с нарушениями поведения. При этом подчеркивалось двойное (психологическое и телесное) выражение эмоций (Вельский П.Г., Никольский В.Н., 1924).

отклонениями, многие авторы отводят особую роль в ее развитии эмоциональной депривации, касающейся ранних родительно-детских отношений.

В отечественной психологии также придается важное значение детскому периоду развития. В частности, Л. С. Выготский отмечал важность младенчества как сензитивного периода, в котором закладываются основы не только физического, но и психического здоровья.

Эмоциональный стресс – это состояние ярко выраженного психоэмоционального переживания человеком конфликтных жизненных ситуаций, которые остро или длительно ограничивают удовлетворение его социальных или биологических потребностей, приводящие в большинстве случаев к невротическим или соматическим отклонениям (Судаков К.В., 1986).

О. Deutsch (1954) причину невротических расстройств видел в возникновении нарушений физиологических функций отдельных органов и систем в ответ на различные стрессы в раннем детстве, что и определяло специфичность поражения.

Как показано во многих исследованиях, у невротических больных не сформирован механизм заместительного фантазирования, эмоция «недоразвита» и лишена вербальной экспрессии, в связи с чем проявляется лишь в своем физиологическом компоненте. Так, в литературе появился

термин «алекситемия» как ограниченная способность к восприятию эмоций и их вербальной передаче, введенный Синеосом в 1969 году.

Алекситемические черты обычно объединяют в несколько групп: расстройство когнитивной сферы: «стерильность и монотонность идей»; расстройство самоотношения: нечувствительность, пренебрежение к своему внутреннему физическому и психическому благополучию; расстройство отношения к «внешним объектам»: отсутствие обычного для других интереса к терапевту с ожиданием лечения по медицинской модели из-за неспособности дифференцировать эмоции по графическим изображениям; аффективные отклонения: бедность мимических реакций, что связано с отсутствием у алекситимиков слов для выражения чувств и приводит, в конечном счете, к обеднению межличностных связей.

Говоря об алекситемии в концепции психоанализа, обычно подчеркивают корни невротических отклонений, берущие начало в досимволический стадиях развития психики (Тейлор, 1987).

Психосоматический подход. В период создания психосоматической медицины как науки была создана однолинейная жесткая модель психосоматического заболевания. В последующем она была заменена представлением о возможности возникновения любого заболевания при взаимодействии как физических, так и психосоциальных факторов, что привело к многофакторной открытой модели болезни – был создан психосоматический подход. Психосоматический означает, что заболевание возникло в результате определенных психологических процессов или было ими усилено. Это вовсе не значит, что если болезнь вызвана не только физическими причинами, то она не настоящая.

«Психосоматический подход включает в себя анализ психосоциальных вредностей, участвующих в развитии любых заболеваний. В широком смысле этот подход охватывает проблемы конверсионных (истерических), соматогенных (вызванных болезнями внутренних органов), соматизированных психических и ипохондрических (сосредоточение

внимания на собственном здоровье) расстройств, реакций личности на болезнь, симуляцию, а также искусственно продуцируемые болезни » (Д.Н. Исаев 1996).

Он же (Д.Н. Исаев), подчеркивает большую сложность патогенеза психосоматических расстройств, которые складываются «...из: 1) неспецифической наследственности и врожденной отягощенности соматическими нарушениями и дефектами; 2) наследственного предрасположения к психосоматическим отклонениям; 3) нейродинамических сдвигов (нарушений деятельности Ц.Н.С.); 4) личностных особенностей; 5) психического и физического состояния во время действия психотравмирующего события; 6) фона неблагоприятных семейных и других социальных факторов; 7) особенностей психотравмирующих событий ».

Перечисленные факторы не только участвуют в происхождении психосоматических расстройств, но и в разной комбинации или в отдельности делают индивида уязвимым к психоэмоциональным стрессам, затрудняют психологическую и биологическую защиту, облегчают возникновение и утяжеление течения соматических расстройств. (Д.Н. Исаев 1996).

Нейродинамические сдвиги, изменения деятельности ЦНС способствуют накоплению аффективного возбуждения (тревоги) и напряжению вегетативной активности, ускорению кровотока... др. Для понимания нейродинамических сдвигов привлекают представления о различном участии левого и правого полушарий в формировании эмоционального фона и в реакциях на внешние воздействия. Доминирующее (ведущее) левое полушарие снижает интенсивность реакций на эмоциональные стрессовые воздействия. В то же время при поражении правого полушария возникающие эмоциональные отклонения в большей мере сочетаются с висцеро-вегетативными нарушениями (Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А., 1988).

Неофрейдисты (Мирски И.А., 1958; Крейслер Л., 1994, 1981, 1987; Сперлинг М., 1979; и др.) рассматривая эмоции и их нарушения как этиологический фактор, подчеркивали то, что психосоматическим можно считать такое заболевание, природа которого может быть понята только из установления несомненного влияния эмоционального фактора на физическое состояние. При этом, как правило, не делалось различия между характером (положительные, отрицательные), степенью выраженности (эмоции, аффекты) и типом (физиологические, патологические) послужившего причиной или способствовавшего развитию заболевания эмоционального фактора.

Л. Крейслер (1994) считал, что психосоматическая патология означает органические отклонения, в генезе и эволюции которых усматривается преобладающее участие психологических факторов.

Ю.М. Губачев, Е.М. Стамбовский (1981) на основании изучения соучастия различных патогенных факторов выделяют ряд вариантов развития психосоматических заболеваний: 1) ситуационный (первично-психогенный), 2) личностный (измененный вид психологического реагирования со становлением хронизированного эмоционального напряжения), 3) психопатологический (при генотипических особенностях центрального аппарата эмоций), 4) церебральный (при органическом, резидуально-органическом заболевании мозга) и 5) соматический (при дефектности регуляторных и исполнительных механизмов висцеральных систем различного происхождения), та-ким образом, указывая среди причин психогенные, соматогенные и эндогенные аффективные отклонения.

Изучение влияния осознаваемых и неосознаваемых эмоциональных стрессов, которые могут влиять на органические заболевания, проводилось вначале с помощью фрейдовского метода свободной ассоциации, который, по признанию автора являлся и симптоматической терапией.

Разработка Ф. Александера и его сотрудников (1937, 1948 г.г.) психосоматических проблем позволила определить и описать конфликтные

модели, характерные для некоторых болезней, проявляющихся у различных типов личностей. По мнению Александера (1953), у каждого человека есть уязвимое место, обусловленное наследственными факторами; так же считал С. Вольф (1956), связывавший специфичность эмоционального конфликта с наследственно-ми особенностями клеток, тканей, органов и систем органов. Так называемая двойная причинность, то есть совпадение соматических (предрасположенность) и психических факторов, способствовали более вероятному развитию болезни.

Сходную теорию «специфических черт личности» выдвинула Ф. Дюнбар (1954), которая обследовала большое число пациентов с соматическими заболеваниями и одинаковыми психическими отклонениями, что позволило ей выделить язвенный тип личности, сердечный, артритный и мн.». Основной вывод из этого заключался в том, что выявление определенного сочетания черт личности (характера) может способствовать диагностике и лечению психосоматических заболеваний. Дальнейшее развитие этой концепции показало ее несостоятельность, хотя и были найдены определенные корреляции нарушения взаимоотношений с родственниками при некоторых заболеваниях, что создало предпосылки и было использовано для разработки методов семейной психотерапии (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В., 1990)

Таким образом, подчеркивая историческую обусловленность различных подходов и значимость их для решения проблемы психосоматических расстройств, вместе с тем, следует отметить несколько противоречивые взаимодействия специалистов различного профиля в разрешении этой проблемы в терапевтическом аспекте, так как каждый из них в пределах узкой специализации старается видеть только «свою» патологию, нередко забывая о том, что больной- это, прежде всего, личность, а нервная система - регулятор жизнедеятельности всего организма, во всех его проявлениях, и потому необходимо учитывать роль высшей нервной деятельности при любом, а особенно психогенной природы, заболевании.

«Психическое и соматическое здоровье не могут быть отделены одно от другого. Больной ребенок всегда страдает и психически, а у психически больного ущемлены и биологические функции» (Сердюковская Г.Н., Клейнпетер У., 1990).

Нервно-психические отклонения у детей, обозначаемые для краткости как нервные отклонения, или нарушения психической адаптации, содержат разнообразный спектр своих проявлений. По степени распространенности их можно разделить следующим образом: 1) минимальная мозговая недостаточность (дисфункция); 2) невропатия; 3) невротические реакции, неврозы, психосоматические заболевания; 4) органические нарушения нервной системы; 5) психическое недоразвитие, умственная отсталость; 6) психопатии (патологические характеры) и патохарактерологическое развитие; 7) психические заболевания. (Захаров А.И., 2000)

Подавляющее большинство этих больных наблюдаются у невропатологов и получает только симптоматическое лечение. Несмотря на то, что к настоящему времени проведено достаточное количество психологических исследований среди больных детского и зрелого возраста (Вейн А. М. и другие, 1991; Камянов И. М., 1989), результаты которых указывают на ведущую роль эмоциональных расстройств в генезе психосоматических и психоневрологических (функциональных) нарушений, в практической деятельности, особенно в педиатрической, эти положения еще не нашли отражения и требуют дополнительной научной разработки.

Отклонения психической адаптации у детей выявляются в 27-45% случаев от числа больных с нервно-психическими отклонениями (Колегова В.А., 1999, Кремнева Л.Ф., 1985) и с каждым годом процент случаев увеличивается. В то же время нельзя согласиться с тем, что речь идет преимущественно об улучшении выявляемом. В значительной мере увеличение числа невротических и психологических расстройств и изменений личности связано с большей распространенностью вредных воздействий, приводящих к постоянному эмоциональному напряжению.

Недостаток информации о происходящем и будущем, порождающий неопределенность положения, и амбивалентность, связанная противоречивостью семейного или социального положения, также оказываются факторами, способствующими становлению неврозов и психической дезадаптации. Сама эта дезадаптация, в особенности в значимых для личности сферах жизненного функционирования, вызывает фрустрацию, и как следствие этого, новый виток в патологической спирали дезадаптации. Особенно в детском возрасте, нередко возникают конфликты из-за переживания своей неполноценности и попыток ее преодоления самоутверждением (Мясищев В.Н., 1960).

По мнению Дж. де Бутлера (1997), частота невротических расстройств, встречающихся в практике педиатров, составляет 20-60%.

В этиологии психических и невротических расстройств у детей основное место занимают часто встречающиеся аномалии воспитания (Пивоварова Г.Н., 1962).

В тесной связи с этиопатогенезом невротических расстройств у детей участвуют следующие факторы:

- биологическая дефицитарность и асинхронность развития ряда систем и функций организма.
- конституциональные особенности темперамента и реагирования, создающие затруднения на пути реализации некоторых установок личности.
- на основе внутренней неустойчивости трудносовместимая генетическая констелляция отдельных свойств и признаков. Например, сочетание у ребенка обстоятельности и инертности мышления одного родителя и повышенной психомоторной активности другого; то же в отношении мягкости и твердости характера и т.п.
- индукция и имитация некоторых нежелательных стереотипов отношений и поведения родителей. Например, конфликты родителей могут способствовать возбудимому типу реагирования у детей.

- формирование под влиянием неправильного воспитания неблагоприятных черт характера и поведения детей, способствующих в дальнейшем внутренне противоречивому развитию личности, отклонениям в сфере ее отношений.

- возникновение или заострения эмоциональных расстройств в виде тревожности и общего нервного напряжения в результате психотравмирующего действия нарушенных семейных отношений. Все это вызывает перенапряжение психофизиологических систем организма, ранние признаки которого проявляются в виде психосоматического синдрома: повышенной утомляемости, эмоциональной неустойчивости, капризности, нарушений сна и аппетита, сниженной реактивности и частых соматических заболеваний.

- конфликтогенное развитие личности, проявление развернутого внутреннего конфликта в виде чувства неуверенности и неопределенности, неудовлетворенности, непонятливости и обиды.

- в условиях эмоциогенного и конфликтогенного развития происходит критическое нарастание эмоциональной напряженности. В этом случае даже незначительная по интенсивности дополнительная психическая травма выступает в качестве «пускового фактора» в возникновении невроза как

- болезненного эмоционального отклонения проявляющегося в непоседливости, эмоциональной лабильности, раздражительности, возбудимости и тревожности переходящей в страх (Захаров А. И., 1998).

Этиологические факторы детских нервно-психических расстройств, по данным отечественных авторов (А.С. Спиваковская, 1988; А.И. Захаров, 1998), могут быть подразделены на следующие группы: психическая травма; нарушение системных отношений, и, прежде всего дисгармония семейных отношений; дисгармония семейного воспитания.

Психическая травма – это внешний раздражитель, оказывающий болезненное патогенное воздействие на индивида. Психическая травматизация не только определяет характерные для невроза картины

клинических расстройств, но входит в качестве важного компонента в психологическую структуру невротического состояния.

В детском и младшем подростковом возрасте к таким травмам относится испуг, акт физического насилия, острый внутри семейный конфликт, конфликт в школе. В детском возрасте большое значение в формировании невроза и развитии психической дезадаптации играют неострые, хронические, затяжные психические травмы, психотравмирующие ситуации, непосредственно вытекающие из семейных отношений и тесно связанные с взаимодействием между детьми и родителями или между сверстниками.

А.С. Спиваковская подчеркивает, что патогенное влияние оказывает не сам психотравмирующий фактор, а его значимость для человека. Таким образом, психотравмирующее воздействие локализуется как бы не вне индивида, а внутри него, что в свою очередь является фактором повышения тревоги.

А.И. Захаров группирует преморбидные особенности развития детей и младших подростков следующим образом: сензитивность; непосредственность (наивность); выраженность чувства «Я»; инпресивность (внутренний тип переработки эмоций); латентность (относительно более постепенное раскрытие возможностей личности); противоречивость развития вследствие трудносовместимости конституциональной конституции некоторых черт темперамента; неравномерность пси-химического развития, обусловленная действием предыдущих факторов.

Для детей с таким преневротическим характерологическим радикалом характерно болезненное самолюбие, эгоцентричность, болезненная мнительность и сверхтребовательность к себе и тотальная не удовлетворенность собой.

1.2. Причины возникновения невротических отклонений

Общеизвестно, что поведение человека управляется потребностями, которые мотивируют к совершению тех или иных поступков. По мнению П.В. Симонова, имеется три уровня таких потребностей:

1. биологические, первичные потребности. К ним относятся потребности в пище, сне, продлении рода и т.д.;
2. потребности социального порядка. Сюда относится потребность в любви и признании со стороны других, потребность в определенном и по возможности достаточно высоком месте в социальной иерархии;
3. потребности познавательного порядка. Это потребности в новых впечатлениях, в знаниях и ориентировочно-исследовательской активности.

Ни один из перечисленных уровней не может считаться чисто человеческим, они проявляются у человека и животных. Но, как отмечают В.С. Роттенберг и С.М. Бондаренко, у человека имеется специфическая потребность, которая отличает его от животных – «потребность в самоидентификации, в сохранении представления о самом себе. И именно эта потребность является стержнем, вокруг которого строится все человеческое поведение, она является одновременно и основой возникновения невроза».

Человек имеет сознание, что коренным образом отличает его от высокоразвитых животных. Сознание возникает благодаря тому, что он выделяет себя из окружающей среды, делает объектом познания, оценивает свои мысли и поступки. Это дает человеку большое преимущество в регуляции собственного поведения и в то же время создает некоторые проблемы. Представление о самом себе, «Я-концепция», начинает формироваться с раннего детства и продолжает развиваться в течение всей жизни. Большую роль здесь играют самооценка и уровень притязаний. Самосознание и его компоненты формируются под влиянием социальных факторов – контактами с родителями, педагогами и ближайшим окружением. В процессе этих контактов человек устанавливает для себя какой стиль

поведения и образ мыслей одобряются другими, значимыми для него людьми, у него на основе этого формируется определенная жизненная позиция, но при этом человек всегда должен оставаться в согласии с самим собой. Занимая определенную жизненную позицию, он не может воспринимать эту позицию как неприемлемую — в противном случае под угрозой оказывается целостность и внутренняя противоречивость его поведения. Если целостность поведения нарушается, человек отвергает совершаемые им поступки, находится в разладе с представлением о самом себе, в такой ситуации поведение дезорганизуется, становится противоречивым и конфликтным. В реальной жизни ситуации, угрожающие целостности поведения, возникают достаточно часто. Могут возникать актуальные потребности, удовлетворение несовместимо с представлением человека о самом себе как о достойном уважения. В то же время актуальные потребности эти оказываются слишком сильными, чтобы от них можно было легко отказаться. Возникает внутренний мотивационный конфликт, который и может стать причиной невроза. Таким образом, внутренний мотивационный конфликт и у взрослых и в подростковом возрасте лежит в основе возникновения невротических отклонений.

Внутренний мотивационный конфликт возникает по разным причинам. Если, например, ребенок воспитывается в семье, где основными методами воспитания являются строгость и требовательность, перед ребенком вырисовывается идеал, к которому он должен стремиться, а родители постоянно подчеркивают его несоответствие идеалу. Старания ребенка не замечаются, и любая оплошность вызывает открытое неудовольствие. Естественную потребность в поощрении и старании родители постоянно подавляют, требуют от ребенка невозможного, а когда он не справляется с требованиями, унижают его. Унижение должно вызвать протест и враждебность в отношении тех, кто унижает, потому что человеку необходимо сохранять чувство собственного достоинства, представление о себе как о достойном любви и уважения. Но в данном случае протест

невозможен, так как он должен быть направлен против любимых родителей, чье поощрение ребенок мечтает заслужить. Он ждет родительской любви, а наталкивается на черствость и нравоучения. Но до поры до времени он не может ответить на это ни безразличием, ни резкостью. Потребность в самоуважении, которая подталкивает к протесту, приходит в неразрешимое противоречие с потребностью в родительской любви, одобрении, без которых невозможно сохранение уважения к себе. Таким образом формируется внутренний мотивационный конфликт, который очень часто становится причиной возникновения невроза.

В нынешнем образовании остра проблема адаптации детей к школе, и вообще к обучению вместе с другими детьми. Это легко объяснить: вхождение ребенка в процесс школьного обучения – один из переломных и нередко достаточно драматичных моментов его жизни. Тут не больше, ни меньше как переход к новым условиям жизни, новым формам деятельности, новым социальным отношениям. В младшем и, частично, среднем школьном возрасте именно школа становится центром жизненных интересов ребенка. Малейший неуспех в учебных делах, обиды, несправедливость со стороны учителей и одноклассников болезненно переживаются и нередко приводят к неврозам.

Причиной школьного невроза может послужить страх наказания. Дети боятся наказаний, не всегда даже физических. Часто взрослые с детьми обращаются слишком властно, не допускают возражений. Или предъявляют завышенные требования, и в детской душе поселяется страх быть отвергнутым, а ведь для ребенка любого возраста нет худшего наказания, чем это! Кроме того, страх наказания, боязнь крика или даже разговоров на повышенных тонах бываю иногда обусловлены несоответствием темпераментов и культурного уровня ребенка и учителей. Как правило, такие дети обладают своеобразной «утонченностью», которая не ценится в современном мире, где престижно быть «крутым». Утонченность вызывает

раздражение у учителей и родителей ребенка, и он превращается в забитое, жалкое существо [44].

Школьные неврозы берут свое начало задолго до поступления ребенка в школу. Очень часто неврозами страдают дети, которых чересчур опекают. Казалось бы, усиленная опека должна создавать у ребенка чувство защищенности и, соответственно, внутреннего комфорта. Но не тут-то было! Когда ребенка излишне опекают, он ощущает себя маленьким и слабым, тем более в стенках школы. Школа – это для него грозный и враждебный мир. Иначе с чего бы взрослым оберегать каждый его шаг? А поскольку такие дети практически не знают мира (им не дают возможности познакомиться с ним по-настоящему), место знания занимают фантазии. Незвестное всегда страшит вдвойне.

Детские и подростковые страхи нередко вызываются конфликтами в семье, в школе. Причем родители, учителя зачастую об этом даже не подозревают, так как дети могут внешне не показывать своего беспокойства. Но, в большинстве случаев, отсутствие непосредственной реакции на конфликт взрослых не означает, что этой реакции не будет вовсе. Она просто окажется отсроченной и выразится в какой-то другой, часто неожиданной форме. Например, ребенок вдруг начнет заикаться, писаться по ночам, бояться темноты, одиночества, привидений.

Главное, конечно, корениться не во внешних обстоятельствах, а в особенностях психики ребенка. Ранимые, чувствительные, впечатлительные дети и подростки чаще подвержены неврозам. Особенно тяжело приходится мальчикам, поскольку от них, естественно, ожидают большей смелости, чем от девочек, да и современная масскультура ориентирована не на утонченных поэтов и художников, а на «сильных духом мужчин», суперменов. Поэтому мальчик с хрупкой психикой оказывается зажатым в двойные тиски. Его мучает страх, стыд за свой страх, и эта замкнутая цепочка ведет к неврозу. Взрослые ни в коем случае не должны смеяться над боязливым ребенком.

Нелегко приходится детям, родители которых видят свою главную задачу в совершенствовании чада и достижении ими высоких результатов. Родители, стараясь дать разностороннее образование ребенку, лишаются чувства меры и загружают его настолько, что ребенок еще до школы превращается в ученика, а в школе его труд можно уже сравнить с работой студентов или аспирантов.

Бесчисленные занятия без учета реальных возможностей не развивают ребенка, а истощают его, вызывая систематическое перенапряжение центральной нервной системы. Ему все трудней добиваться высоких результатов, появляется неуверенность в себе, ощущение невозможности все успеть и сделать хорошо.

Общеизвестно, что страхи могут иметь невротический характер, отличаться большей эмоциональной интенсивностью, напряженностью, постоянством, неблагоприятным прогнозом. Это, как правило, результат длительных и неразрешимых переживаний. Рассматривая причины неврозов, следует отметить их большое разнообразие, но о каких бы невротических нарушениях не шла речь, в основе их возникновения всегда оказывается психотравмирующая индивидуально значимая ситуация.

1.3. Особенности невротических отклонений у младших подростков

Младшие подростки занимают как бы промежуточное положение между младшими школьниками и собственно подростками. И поэтому для них характерны особенности проявления невротических отклонений для обеих возрастных групп.

Ученые, рассматривая проблему невротических расстройств у школьников, считают, что в их основе всегда лежат конфликты, затрагивающие значимые и глубокие потребности ребенка. В частности, ошибочно считать, что невротические отклонения могут развиваться только лишь из-за факта академической неуспеваемости. В.С. Ротенберг и

С.М. Бондаренко отмечают: «Если ученик не придает ему особого значения и находит другие способы самореализации, например в спорте, в каких-либо увлечениях или даже в лидерстве среди себе подобных, невроз не разовьется». Невротическое состояние развивается в том случае, если плохие оценки становятся для школьника знаком собственной неполноценности, бездарности и такое представление о самом себе является непереносимым для сознания. Возникает он тогда, когда ученик не находит в себе сил изменить ситуацию, конструктивно использовать недовольство самим собой для направленных усилий по улучшению успеваемости. Когда этого не происходит, недовольство самим собой носит только деструктивный характер, что несовместимо с самооценкой себя как полноценной личности и не может быть осознанно.

Нарушения системы семейного воспитания, дисгармонии семейных отношений, по данным отечественных исследователей является основным патогенетическим фактором, обуславливающим возникновение невротических отклонений у подростков.

В частности, жесткий контроль со стороны родителей в виде «доминирующей гиперпротекции» («симбиотическая связь») – способствует развитию черт инфантильности, замкнутости и безынициативности, либо нигилизма у младших подростков (Эйдемиллер Э.Г., 1976; Захаров А.И., 1976, 1982; Ковалев В.В., 1979).

Дисгармония, дестабилизация семьи – это негативный характер супружеских отношений, выражающийся в конфликтном взаимодействии супругов. В дисгармоничных семьях равновесие во взаимоотношениях используется для того, чтобы избежать изменения, развития и связанных с этим возможных тревог и потерь. Равновесие перестает быть формой адаптации семьи к задачам оптимального выполнения своих внешних и внутренних функций.

Семьи с нарушенными внутрисемейными отношениями не могут самостоятельно решать возникающие в семейной жизни противоречия и

конфликты. В результате длительно существующего конфликта у членов семьи снижается уровень социальной и психологической адаптации, отсутствие способности к совместной деятельности, в частности совместного воспитания ребенка. Уровень психологического напряжения в семье имеет тенденцию к нарастанию, приводя к эмоциональным нарушениям, возникновение постоянного чувства беспокойства, тревоги и агрессии у подростков. Неадекватность взаимной перцепции, меньшая согласованность представлений о паре и преобладание индивидуальных решений над совместными.

В описанных случаях младшие подростки испытывают в семье состояние личностной депривации, понимаемой как недостаточность или неудовлетворенность в существенных для них потребностях, и, прежде всего:

- 1) в индивидуально-адекватной эмоциональной заботе и любви;
- 2) в самораскрытии, выявлении своего «Я»;
- 3) в эмоциональном и двигательном самовыражении.

Имел значение не столько факт неудовлетворения значимых потребностей, сколько отношение к этому субъекта, носящее часто яркий, аффективный характер. Чем больше была, прежде всего, степень противоречивости, непоследовательности и неадекватности в отношении к ребенку со стороны членов семьи, тем более напряженной и неустойчивой была его внутренняя позиция, что являлось существенным фактором, приводившим к перенапряжению нервных процессов и невротическому срыву под влиянием даже иногда незначительных добавочных психотравм и соматической ослабленности.

Невротизирующие ситуации всегда затрагивают глубокие пласты личности и связаны с представлением человека о самом себе. Это можно отнести даже к такому простому и лежащему на поверхности конфликту, как противоречие между долгом – необходимостью готовить уроки, и желанием – читать художественную книгу, смотреть телепередачу, идти на хоккей и т.п. Желание в таких случаях часто побеждает, но после этого неприятный осадок на душе остается. Это означает то, что человек в чем-то поступился

самим собой. Человеку кажется, что осадок связан только со страхом перед предстоящим ответом или контрольной, но в действительности это значит, что в глубине души он признает свое поведение недостаточным, считает его проявление безволия, слабости характера. Этим же можно объяснить недовольство собой при попытке уклониться от трудностей, от риска – в походе, или в игре. Такой же осадок и по той же самой причине остается после отказа от задуманных планов.

Среди психотравмирующих ситуаций в школе часто является такая, когда младший подросток безуспешно пытается попасть в привлекательную для него компанию ребят. Это часто становится предметом длительных переживаний, зависти и ревности к «счастливчикам» и неверия в себя. Невозможность попасть в престижную для человека среду ущемляет ложно понимаемое чувство собственного достоинства, нарушает представление о самом себе как о достойном этого общения. Невозможность преодолеть сопротивление нередко приводит к ожесточению, к агрессивным выпадам против тех, кто не удостоил человека своим расположением, это можно уже расценивать как признак ощущения ущемленности, комплекса неполноценности.

Большую роль в возникновении невротических отклонений играет психологический климат в школе. Перегрузка учащихся учебным материалом, классов – учащимися, учителей – работой и дополнительными нагрузками – все это порождает напряженность, способствует возникновению конфликтов и создает благоприятные условия для возникновения неврозов.

В младшем подростковом возрасте общение со сверстниками начинает постепенно занимать одно из ведущих мест в иерархии ценностей, значимо также желание быть «таким как все»: если подросток неуверен в себе, то может быть достаточно однократной незначительной ситуации конфликта со сверстником, чтобы возник страх общения. Это могут быть разнообразные страхи: страх речи, публичных выступлений и т. д. В некоторых случаях эти

опасения направляются на свое тело – подросток боится, что он может покраснеть или начнется бурчание в животе и т. д. Поэтому подросток начинает избегать ситуаций общения со сверстниками, а затем и со взрослыми, при необходимости общаться он ведет себя скованно, напряженно и убеждается по реакции окружающих, что он «действительно не такой как все», что «все обращают на него внимание». Это еще больше усиливает невротическое состояние подростка.

На каком бы уровне не возникал конфликт, он прямо или косвенно коснется детей. Если учитель начинает работать с классом в состоянии обиды, раздражения, то в той или иной форме он выплеснет плохое настроение на детей. Отсюда следует, что психологический климат в учительской и классе – важнейшее условие психического здоровья и учащихся, и учителей.

На психологический климат в классе большое влияние оказывает педагогический стиль учителя. С.А. Беличева указывает на то, что выделяются следующие педагогические стили: императивный или авторитарный, сотрудничающий или демократический, либеральный или попустительский. Кроме этого она подчеркивает, что авторитарный стиль играет негативную роль в воспитании. У авторитарного учителя больше «изолированных» учащихся и учащихся, испытывающих эмоциональный дискомфорт; в системе педагогических воздействий преобладают диктаторские требования, наказание, порицания, недовольство поведением и деятельностью учащихся. В классах с авторитарными методами управления создаются благоприятные условия для формирования неадекватной самооценки у школьников, постоянно имеют место психотравмирующие ситуации, то есть создается благоприятная почва для развития дидактогенного невроза.

Выдающиеся педагоги А.С. Макаренко и В.А. Сухомлинский неоднократно в своих работах подвергали серьезной критике авторитарный стиль, «злоупотребление учителей властью».

Осуждение учительского авторитаризма и его неблагоприятных последствий, по мнению С.А. Беличевой, не сводится к одобрению попустительского либерального стиля. Потому что в таком случае учитель утрачивает возможность влиять на положение дел в классе, к учащимся относится равнодушно, работа у него вытеснена на задний план. В классе выделяются активные лидеры, которые фактически управляют классом. Часто их детский максимализм и диктат оказываются очень жесткими для детей неуверенных, чувствительных, застенчивых.

При демократическом стиле учителя отличает высокая культура общения с детьми, которая строится на уважении к личности учащегося, на мобилизации положительных эмоций ребенка, на способности к самокритичности и самоанализу по отношению к собственному поведению. Сотрудничающий педагогический стиль способствует созданию благоприятного психологического климата в классе, учит детей проявлять эмпатию по отношению к сверстникам, приходить на помощь слабым и как нельзя лучше способствует профилактике невротических расстройств.

Менее выраженный, не ведущий к драматическим событиям, но очень распространенный конфликт – это конфликт между интересами школьников и содержанием обучения. Интересы многих учеников не совпадают с содержанием какой-то части учебных предметов, и работа с этим материалом становится для них трудной и бессмысленной. В младшем школьном возрасте достаточно часто можно наблюдать детей с высокими умственными способностями и в то же время – совершенно неуправляемым поведением. В обычных условиях они полностью игнорируют требования дисциплины и не способны даже на короткий срок сосредоточиться на обычных детских играх и простых заданиях, но при этом проявляют усидчивость, терпение, настойчивость, когда сталкиваются с трудными заданиями, соответствующими характеру их способностей и интересов. Для таких детей следует составлять индивидуальные задания, специальные программы обучения, которые будут стимулировать поисковую активность,

нормализовать поведения и тем самым предупреждать возникновение невроза.

Для появления невротических отклонений, как у взрослых, так и у детей подросткового возраста недостаточно мотивационного конфликта. Конфликты между разнонаправленными потребностями характерны для всех детей без исключения, но очень многие успешно к ним приспосабливаются благодаря механизмам психологической защиты, предотвращающим распад поведения и охраняющим человека от осознания всего, что неприемлемо для его самовосприятия.

Механизмов психологической защиты достаточно много, они делятся на три группы. К первой относится защита на уровне восприятия информации. Благодаря этому механизму человек не воспринимает то, что может быть для него болезненным, что способно спровоцировать внутренний конфликт. Младший школьник как бы не замечает суровости, недовольства родителей, учителя, он принимает их отношения как нормальные, или же он не замечает превосходства потенциального соперника, соответственно нет причин для появления зависти и возникновения комплекса неполноценности.

Специальные исследования показывают, что при высокой активности этого механизма порог восприятия действительности оказывается повышенным. Ребенок не слышит определенной части упреков и не замечает недовольства в мимике и интонациях взрослых.

Однако как указывают В.С. Ротенберг и С.М. Бондаренко, такой механизм защиты не всегда надежен. Ребенок может недооценить потенциальную опасность развивающейся ситуации, или психотравмирующая информация может вторгнуться в сознание внезапно – в таких случаях защита на уровне восприятия не успевает сработать, появляется необходимость во второй группе механизмов защиты.

Вторая группа – это механизмы рационализации. Суть защиты здесь состоит в том, что происходит неосознанное изменение отношения к травмирующей ситуации, при которой она перестает быть эмоционально

значимой, либо отношение к ней перестает быть двойственным, появляется возможность для активного, целостного поведения. Например, ребенок может решить для себя, что суровое отношение к нему родителей и учителя – это только маска, которая надета из воспитательных соображений и для его же пользы, а в действительности они любят его. Успехи сверстника подросток подвергает мысленному обесцениванию, они приписываются удачливости, ловкости конкурента, или всеобщему заблуждению. Такое восприятие противника открывает возможность для борьбы с ним без всяких угрызений совести.

Таким образом, рационализация – это «поиск способа изменения своего отношения к ситуации, способа, который помогает справиться с жизненными сложностями без внутреннего конфликта». Это помогает избежать возникновения невроза и является наиболее часто используемым механизмом защиты. Но и механизм рационализации не является всемогущим: когда этот способ защиты не срабатывает, включается третья группа механизмов защиты – вытеснение. Под вытеснением понимают недопущение в сознание одного из конкурирующих мотивов вместе с той конкретной информацией, которая способна этот мотив активизировать. Информация поступает в мозг, но остается на неосознаваемом уровне. В связи с этим мотив не находит прямого выхода в поведение и не интегрируется с основными осознаваемыми установками поведения. Происходит своего рода отказ от поиска способов прямого удовлетворения вытесненного мотива и от поиска его рационализации. Основная задача психологической защиты при этом выполняется, так как в сознании больше не существует двух разнонаправленных тенденций поведения. Вытесненный мотив требует своего удовлетворения, а удовлетворить его в целенаправленном поведении невозможно потому, что он остается неосознанным и это приводит к возникновению чувства внутреннего напряжения.

Анализируя особенности невротических отклонений у младших подростков можно еще раз подчеркнуть, что они имеют место в том случае,

если имеется психотравмирующая ситуация в виде мотивационного конфликта и механизмы психологической защиты по тем, или иным причинам функционируют недостаточно эффективно.

В младшем подростковом возрасте достаточно часто возникает состояние эмоционального напряжения, называемое невротической тревогой. Причина возникновения тревоги – внутренний конфликт, затрагивающий самовосприятие и самооценку ребенка. Невротическая тревога является исходным моментом развития разнообразных невротических симптомов. Она не позволяет сформировать целенаправленное поведение, устраняющее реальные причины, с помощью патологических, невротических защитных механизмов формируются ее псевдопричины, не имеющие отношения к настоящему мотивационному конфликту, но все-таки помогающие построить защитное поведение. Неопределенная тревога сменяется в сознании человека конкретным, но не обоснованным беспокойством, в детском возрасте чаще всего беспочвенными страхами. Взрослые в таких ситуациях пытаются так организовать свое поведение, чтобы активно противодействовать опасениям и страхам, обследуются у врачей, ищут у них помощи. Мотивационный конфликт не устраняется таким образом, но механизм психологической защиты – вытеснение, активизируется. Дети, в том числе и младшего возраста, при возникновении расстройств данного вида нуждаются в помощи специалистов – психологов и психотерапевтов.

Таким образом, клинические проявления различных форм невроза в раннем школьном возрасте имеют свои особенности, которые в первую очередь связаны с недостаточной зрелостью мозга и незавершенным развитием личности. Подростковые страхи выглядят более иррациональными, чем страхи у взрослых. У взрослых, в действительности, все их видимое рациональное обоснование является вторичным и не имеет по существу отношения к природе страха. Когда взрослый человек утверждает, что он боится замкнутого пространства, потому что ему может там стать плохо, а помощь оказать некому, то в этом утверждении не больше реальных

оснований, чем в утверждении младшего подростка, что тень со стены может напасть на него. Объяснение необоснованности подростковых страхов не приносит успеха, следует устранить причину внутреннего конфликта, разрешить психотравмирующую ситуацию.

Ипохондрические жалобы у подростков менее разработаны, чем у взрослых. Неприятные ощущения могут появляться то в одной, то в другой части тела. Но если они возникают в момент обострения конфликтной ситуации, а медицинское обследование не выявляет отклонений от нормы со стороны внутренних органов, предположения относительно невротической природы жалоб становятся вполне обоснованными.

У детей младшего подросткового возраста встречаются и невротические агрессии. Но при этом дети не жалуются на плохое настроение, так как у них недостаточно выражена способность к рефлексии и самонаблюдению. Поэтому о депрессии в младшем подростковом возрасте можно судить по набору косвенных признаков. У школьника расстраивается аппетит, появляется бессонница, или наоборот, сонливость, снижается успеваемость, пропадает интерес к играм и возможны нарушения дисциплины. К признакам проявления депрессии также можно отнести чувство физического недомогания, слабость, повышенную утомляемость, неспособность достаточно долго сосредоточиться на одном занятии, повышенную обидчивость и раздражительность. Ни одного из этих симптомов в отдельности недостаточно для постановки диагноза «депрессия», но при сочетании названных признаков необходимо посоветоваться с врачом, чтобы адекватно строить взаимоотношения с ребенком.

Следует отметить, что в младшем подростковом возрасте чаще встречается невротическая депрессия. Признаки она имеет те же, но протекает не длительно, успешно устраняется. В таких случаях хорошо помогает доброе чувство юмора, как у педагога, так и у школьника, максимальная занятость ребенка.

1.4. Невротическое формирование личности

Необходимо сказать, что специалисты отмечают у детей с невротическими отклонениями пареморбидные особенности. Некоторые приравнивают их к акцентуации характера или психопатическим изменениям, другие, наоборот, нивелируют даже те психологические проблемы формирования характера и личности, которые нередко имеют место. Есть тенденции растворения неврозов в психопатиях, когда невротические реакции расцениваются как разновидность декомпенсации психопатий. Имеются и попытки слияния неврозов с нормой, когда различия между ними становятся неотъемлемыми. То же относится к конфликтным диспозициям, способствующим развитию невротических отклонений. Они считаются следствием имеющихся характерологических дефектов, вариантом нормы или результатом неблагоприятного воздействия окружающей среды. Имеется точка зрения на совмещение характера и ключевого сопереживания как ключа и замка. Часто наблюдается сочетание характерологических особенностей и неблагоприятной жизненной ситуации. Объединяющим началом может быть и состояние невротической готовности. Подчеркивается, что преневротические характерологические радикалы формируются под воздействием неправильного воспитания на основе того или иного типа темперамента. Распространено мнение о наличии у детей и подростков до заболевания неврозом определенных особенностей, не играющих ведущей роли в их происхождении, но участвующих в патогенезе в качестве одной из предпосылок или патопластического фактора. Невротизация личности может возникнуть под влиянием психотравмирующих условий жизни у детей, не отличающимися какими-либо особенностями от сверстников.

Более восприимчивы к психической травматизации младшие подростки впечатлительные, легковозбудимые, пугливые. У них уже развито чувство

«Я», свойственна интровертированность. Интровертированность, склонность к фиксации неприятных переживаний, «сложность психики» являются предпосылками для невротических отклонений, в то время как примитивная, малодифференцированная психика, отсутствие глубины переживаний, невысокий интеллект представляют условия, исключающие возможность сложных гиперкомпенсаторных невротических образований. Учеными подчеркивается сочетание повышенной восприимчивости, чувствительности и неуверенности в себе с чувством ответственности, хорошим пониманием социальных нормативов. Выделяется перевес субъективного и аффективного над объективным и логическим, а также аффективной инертности над аффективной пластичностью, создающей вязкие доминанты болезненных переживаний. Это не исключает повышенной принципиальности лиц с невротическими отклонениями, для которых характерна к тому же избирательная чувствительность к некоторым сторонам жизни, вытекающая из истории развития. Предрасполагающим к невротической декомпенсации в характере будет все то, что обостряет чувствительность, создает противоречия, прежде всего конфликты на личной почве, и затрудняет их продуктивное преодоление.

Преморбидное своеобразие детей и подростков складывается из следующих факторов: эмоциональность, непосредственность, импрессивность, выраженность чувства «Я», беззащитность, гуманистическая направленность формирования личности.

В.В. Ковалев под термином «невротическое формирование личности» понимает патологическое формирование личности, которое возникает на основе затяжного невроза и отличается сочетанием динамических патологических изменений характера и фиксированных невротических расстройств. В психогенезе невротического формирования личности важная роль принадлежит реакции личности на сознание неполноценности, связанное с наличием стойких и нарушающих социальную адаптацию невротических расстройств. Поскольку выраженная реакция личности на тот

или иной дефект возможна лишь при определенной степени зрелости самосознания, данный механизм психогенеза вступает в действие в основном в младшем подростковом возрасте. Эти обстоятельства, а также необходимость относительно длительного (не менее 2-3 лет) наличия невротического состояния для патологической перестройки формирующейся личности объясняют тот факт, что невротическое формирование личности, как правило, выявляется младшему подростковому возрасту.

Многие ученые отводят важную роль в невротическом формировании личности развитию эмоциональной децентрации у младшего подростка. Не секрет, что именно эмоциональное отношение к референтному окружению в этом возрасте является своеобразным маяком в эмоциональной сфере. Очень важную роль при развитии невротических отклонений у младших подростков играет их темперамент. Часто родители и педагоги пытаются «исправить» природный темперамент ребенка. Эти попытки ведут к перенапряжению его психофизиологических возможностей и к дальнейшей невротизации. Отсюда и начинается невротическое формирование личности.

Павлов И.П. отметил преобладание крайних типов темперамента при невротических отклонениях. По мнению В.Н. Мясищева, состояние тревоги и страха, тревожной мнительности, обидчивости и взрывчатости, реализуясь в зависимости от темперамента, вызывают невротические реакции эмотивного характера при непонимании со стороны окружающих. В концепции В.И. Гарбузова основное патогенное противоречие при невротических отклонениях заключается в несоответствии средового влияния врожденному типу реагирования - темпераменту.

Невротическому формированию личности характерны следующие свойства: парциальность расстройств по отношению к личности, сознание их болезненного характера, большой удельный вес сомато-вегетативных нарушений. В зависимости от преобладания тех или иных патологических черт характера выделяются различные варианты невротического формирования личности. Основными из них являются: астенический,

истерический, обсессивно-фобический, ипохондрический, аффективно-возбудимый.

Одной из главных черт характера у младших подростков, страдающих неврозами при всех видах невротического формирования личности является упрямство. Отмечается их педантичность, стремление к порядку, определенному расположению вещей, месту их за столом, времени укладывания. Упрямство в младшем подростковом возрасте может быть вызвано изменением жизненного стереотипа, которое способствует возникновению чувства беспокойства или протеста, расстройства настроения и капризности. Постоянство окружающей среды, как и определенная последовательность действий младшего подростка, создаст чувство безопасности, изначальной уверенности в себе, являясь необходимой предпосылкой для формирования целостного чувства «Я».

Такое понимание невротического формирования личности, сложившееся, прежде всего, в гуманистической психологии, включает в себя представление о невротической личности как незрелой, склонной скорее к манипулированию своим окружением для удовлетворения собственных желаний. Нежелание брать на себя ответственность за свои поступки и действия [39].

Наряду с общими чертами, характерными для невротической личности, отечественные авторы выделяют и некоторые специфические черты, присущие лицам с определенными невротическими отклонениями. Знание этих особенностей невротического формирования личности позволяет построить адекватную стратегию психопрофилактической и развивающей работы с младшими школьниками и предупредить формирование невротической личности.

Рассматривая причины невротических отклонений, следует отметить, что существует множество причин, способствующих их возникновению и развитию в младшем подростковом возрасте.

Прежде всего, у ребенка формируется искаженное представление о самом себе, возникает внутренний мотивационный конфликт, появляется страх «быть непохожим на других» из-за опасений не оправдать ожиданий и требований сверстников и взрослых, потерять их расположение, получить отрицательную оценку, быть наказанным, отвергнутым. Немаловажную роль играет психологический климат в школе и классе.

К возникновению невротических льклонений приводит не только наличие психотравмирующей ситуации, но этому способствуют и личностные особенности. Ранимые, чувствительные, интровертированные, болезненные школьники часто подвергаются невротическим расстройствам. При этом, как правило, нарушаются механизмы защиты личности.

В младшем подростковом возрасте наблюдаются все формы неврозов, но их протекание имеет некоторые особенности (они отмечались выше).

Следует также отметить, что длительное нервно-психическое напряжение, возникшее в младшем подростковом возрасте, нарушает процесс формирования личности, приводит к возникновению невротических черт личности или к формированию невротической личности, что существенно затрудняет воспитание школьника и ведет к соматовегетативным нарушениям.

У младшего подростка активно развивается важнейшее личностное новообразование – внутренняя позиция. Внутренняя позиция – это тот мотивационный центр, который обеспечивает в указанном возрастном периоде не только направленность на учебу, но и продуктивное общение со сверстниками, обеспечивающее эмоциональное благополучие ребенка. В тех случаях, когда важнейшая потребность младшего подростка – стремление соответствовать образцу члена референтной группы, отражающая позицию школьника, не удовлетворяется, он переживает устойчивое эмоциональное неблагополучие, выражающееся в ожидании постоянного неуспеха в общении, плохого отношения к себе со стороны одноклассников и педагогов, в боязни школы, нежелании ее посещать. В таких ситуациях у

детей младшего подросткового возраста достаточно легко актуализируются невротические отклонения и соответствующие поведенческие реакции, которые при отсутствии психологической поддержки могут привести к значительным изменениям в их характере.

Выводы из первой главы

Младший подростковый возраст 10-12 лет является своего рода транзитным и представляет собой период перехода от финальной стадии второго детства (преимущественно мальчики) к дебютной стадии пубертата (преимущественно девочки). Именно в этом возрасте фактически во всех органах и системах развивающегося организма несинхронно интенсифицируются перестроечные процессы, нарушающие эффективность относительно устойчивой ранее системы адаптации. Подобный сценарий развития предполагает соответствующие изменения в ключевых механизмах, обеспечивающих адаптационный потенциал подростков в изменившихся условиях функционирования организма.

Важно отметить, что по физиологическим показателям проявляются половые различия, свидетельствующие о большей устойчивости девочек этого возраста к психотравмирующим факторам по сравнению с мальчиками этого же возраста. В то же время общая реакция организма детей 10-12 лет на умственные и физические нагрузки свидетельствует о серьезном напряжении механизмов адаптации. Данный факт свидетельствует о потенциальном наличии в этом возрасте достаточно широкого круга психотравмирующих факторов, относящихся как к младшим школьникам, так и к подросткам. Их воздействие может привести к невротическим отклонениям у младших подростков (неврастении, истерическому неврозу, неврозу навязчивых состояний и т.д.), которые, в свою очередь, несут в себе опасность невротического развития личности ребенка.

При этом для того, чтобы эти факторы привели к невротическим расстройствам и к неврозам, необходимы определенные внутренние и внешние условия. К внутренним условиям, способствующим возникновению невротического способа реагирования у подростков, следует отнести акцентуированные и патологические черты характера, отягощенность детской невропатией, соматическую ослабленность вследствие перенесения «цепочки» инфекций или манифестации соматической болезни, возрастной фактор, способствующий общему неспецифическому повышению ранимости нервно-психической сферы в переходе от периода детства к подростковому периоду. Общеизвестно, что чаще случаются нервные срывы у ослабленных, инфантильных, тревожных подростков.

К факторам внешних условий, приводящих к развитию невротических реакций, неврозов и сопровождающих их форм поведения, относятся неблагоприятный семейный климат, учебная перегрузка, несложившиеся взаимоотношения в коллективе сверстников с положением подростка в роли одиночки, несоответствие типа школы уровню способностей ребенка. Соответственно, все эти факторы должны вызывать к себе самое пристальное внимание педагогов и психологов, поскольку они указывают на неблагополучие условий, в которых функционирует и развивается ребенок, на просчеты в семейном воспитании и организации учебной деятельности.

Глава 2. Описание экспериментальной работы по изучению и коррекции психологических особенностей младших подростков с невротическими отклонениями

2.1. Объект и методы экспериментального исследования

Экспериментальную базу исследования составили 25 младших подростков (13 мальчиков и 12 девочек) в возрасте от 10 до 12 лет с невротическими отклонениями, обращавшиеся с жалобами соответствующего характера в поликлиническое отделение Кузнецкой межрайонной детской больницы и стоящие на диспансерном учете по всему спектру невротических расстройств. Диагноз испытуемых экспериментальной выборки верифицирован в психоневрологическом отделении Детской областной больницы (таблица 1).

Контрольную группу составили 19 детей аналогичного возраста, не имеющие жалоб и не стоящие на диспансерном учете по какому-либо заболеванию неврологической клиники.

Таблица 1

Диагнозы испытуемых

Причины обращения в соответствии с МКБ 10.	Количество человек	
	Мальчики	Девочки
Астения		3
Невроз навязчивых движений.	2	3
Нарушенные внутрисемейные отношения. F 91.0 Расстройство поведения	3	
Расстройство адаптации. F91.1 Не социализированное расстройство поведения.	3	3
Страхи. F93.1 Фобические тревожные отклонения в детском возрасте.	4	1
Развод родителей. F91.0 Расстройство поведения, ограниченное рамками семьи	1	2
Итого	13	12

В большинстве случаев помимо основной причины обращения были и сопутствующие проблемы.

С целью проверки второй части гипотезы исследования основная группа была протестирована до и после психокоррекционной работы (на момент госпитализации и на момент выписки).

Методы экспериментального исследования:

1. Для изучения индивидуальных способов поведения в ситуации фрустрации, возникающих в процессе социального взаимодействия предложен тест рисуночной ассоциации С. Розенцвейга, методические рекомендации к которому составлены Н.В. Тарабриной (Детский вариант). Это проективная методика исследования личности, предложенная С. Розенцвейгом в 1945 году, на основе разработанной им теории фрустрации. Методика состоит из 24 рисунков, на которых изображены лица, находящиеся во фрустрирующей ситуации, которые можно разделить на 2 основные группы: ситуации «препятствия» (рисунки номер 1, 3, 4, 6, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 18, 20, 22, 23, 24) и ситуации «обвинения» (рисунки номер 2, 5, 7, 10, 16, 17, 19, 21).

Оценка теста:

Причина выбора данных методик явилась их валидность по отношению к предмету исследования, широкая апробированность, удобство в проведении и обработке.

2.1. Описание результатов исследования

По тесту «рисуночной ассоциации» С. Розенцвейга в основной группе выявлено:

1. По типу реакции

В ситуации фрустрации повышен удельный вес «эго»-защитных реакций (ED>OD>NP у мальчиков, ED>NP>OD у девочек) в форме открытой агрессии;

2. По направлению реакции

Повышен удельный вес экстрапунитивных реакций ($E > M > 1$ у мальчиков и девочек) в форме обвинения и враждебности по отношению к окружающим;

3. Относительная частота трех наиболее часто встречающихся факторов (3 образец), независимо от типа и направления реакции:

– для мальчиков ($E > M' > E'$) характерно обвинение в произошедшей ситуации кого-то, либо отрицают значимость проблемы или вытесняют её в бессознательное, либо подчеркивают наличие препятствия;

– для девочек ($E > M' > I$) характерно обвинение окружающих, либо они отказываются от прямого обвинения за счёт вытеснения значимости проблемы в бессознательное, либо берут ответственность на себя и самостоятельно разрешают ситуацию (табл. 2).

Таблица 2

Показатели по тесту С. Розенцвейга

	мальчики основной группы					девочки основной группы				
	OD	ED	NP	Σ	%	OD	ED	NP	Σ	%
E	2,9	7,5	2,3	12,7	52,9	2,8	5	2,8	10,6	44,2
I	0,3	2,2	2,2	4,7	19,6	0,4	2,3	3,3	6	25
M	4,5	0,8	1,3	6,6	27,5	4,1	1,4	1,9	7,4	30,8
Σ	7,7	10,5	5,8			7,3	8,7	8		
%	32	43,8	24,2			30,4	36,3	33,3		

Уровень социальной адаптации ниже средней статистической нормы (у мальчиков $GCR=24,8\%$, у девочек $GCR=31,8\%$).

В контрольной группе получены следующие результаты:

1. По типу реакции – повышен удельный вес реакций, направленных на удовлетворение ситуативно возникающих потребностей ($NP > ED > OD$ у мальчиков и девочек) в форме признания своей ответственности и самостоятельного исправления положения;

2. По направлению реакции – повышен удельный вес импунитивных реакций ($M > 1 > E$ у мальчиков и девочек) в форме отрицания значимости или неблагоприятности препятствия;

3. Относительная частота трех наиболее часто встречающихся факторов, независимо от типа и направления реакции: мальчики ($i > M'' > m$) в ситуации фрустрации склонны брать ответственность за разрешение ситуации на себя, либо отрицают (или вытесняют в бессознательное) значимость или неблагоприятность ситуации, если они не могут разрешить ситуацию, либо надеяться на благополучное разрешение проблем со временем; девочки ($i > M' > E$) также в ситуации фрустрации признают свою ответственность и берутся самостоятельно исправлять положение, если сами не могут разрешить ситуацию, то либо вытесняют ее в бессознательное, либо обвиняют окружающих в сложившейся ситуации (табл. 3).

Таблица 3

Показатели по тесту С. Розенцвейга Уровень социальной адаптации

	мальчики основной группы					девочки основной группы				
	OD	ED	NP	Σ	%	OD	ED	NP	Σ	%
E	0,7	2,3	2	5	20,8	1,8	3,7	1,8	7,3	30,4
I	0,2	2,6	5,6	8,4	3,5	0,08	2,9	4,6	7,6	31,7
M	5,3	2	3,3	10,6	44,4	4,3	1,5	3,3	9,1	37,8
Σ	6,2	6,9	10,9			6,2	8,1	9,7		
%	25,8	29,6	44,6			25,8	33,8	40,4		

Уровень социальной адаптации соответствует средней статистической норме (у мальчиков $GCR=45\%$, у девочек $GCR=50\%$).

Для выявления уровня выраженности тревоги как ситуативной переменной и тревожности как личностно типологической характеристики, а также для определения профиля тревожности по пяти дополнительным компонентам была использована психологическая тестовая методика «Интегративный тест тревожности».

В основной группе получены следующие результаты:

Общий показатель ситуативной тревожности у мальчиков соответствует умеренному уровню тревожности и равен 6,4 стенам. По дополнительным компонентам более выражен «фобический компонент», составляющий в среднем 6,8 стенов.

В 39% мальчики имеют высокие показатели по шкале «тревожная оценка перспектив» и в среднем $-5,7$ стенов. В 28% наблюдаются высокие показатели по шкале «социальные реакции защиты» и в среднем $-5,5$ стенов. По шкале «эмоциональный дискомфорт» – $5,1$ стена. В 67% низкий уровень тревожности по шкале «астенический компонент» и в среднем $-4,2$ стена.

Общий показатель ситуативной тревожности у девочек умеренный и в среднем равен 6 стенам. По дополнительным шкалам более выражен «фобический компонент», который в среднем равен $6,7$ стенам. На втором месте шкала «социальные реакции защиты», имеющая $6,6$ стенов. Шкала «тревожная оценка перспектив» в среднем соответствует $5,5$ стенам. Шкала «эмоциональный дискомфорт» в среднем соответствует $4,6$ стенам. Шкала «астенический компонент» в среднем соответствует $3,3$ стенам.

У мальчиков, страдающих невротическими отклонениями, наблюдается высокий уровень личностной тревожности - в среднем составляет $7,4$ стенов. По дополнительным компонентам высокие показатели по шкале «эмоциональный дискомфорт» и в среднем $-7,3$ стенов. Шкала «тревожная оценка перспектив» – $7,2$ стенов. Повышены показатели по шкале «социальные реакции защиты» ($6,8$ стенов). Шкала «астенический компонент» в среднем соответствует $6,3$ стенам, а шкала «фобический компонент» – $5,6$ стенам (табл. 4).

Таблица 4

Уровень и профили ситуативной и личностной тревожности

		Мальчики			Девочки		
		К	I	p	К	I	p
Ситуация тревожности	Общ. пок-ль	$4,3 \pm 0,3$	$6,4 \pm 0,5$	$<0,05$	$4 \pm 0,31$	$6 \pm 0,28$	$<0,05$
	ЭД	$2,3 \pm 0,9$	$5,1 \pm 0,6$	$<0,05$	$1,3 \pm 0,14$	$4,6 \pm 0,2$	$<0,05$
	АСТ	$5,7 \pm 0,23$	$4,2 \pm 0,3$	$<0,05$	$4,2 \pm 0,3$	$3,3 \pm 0,4$	$>0,05$
	ФОБ	$3,1 \pm 0,1$	$6,8 \pm 1,1$	$<0,05$	$3,5 \pm 1,1$	$6,7 \pm 0,9$	$<0,05$
	ОП	$5,1 \pm 1,3$	$5,7 \pm 1,44$	$>0,05$	$4,6 \pm 0,3$	$5,5 \pm 1$	$<0,05$
	СЗ	$4,6 \pm 1,1$	$5,5 \pm 1,4$	$<0,05$	$4,9 \pm 1,1$	$6,6 \pm 1$	$<0,05$
Ситуация тревожнос	Общ. пок-ль	$5,6 \pm 0,46$	$7,4 \pm 0,12$	$<0,05$	$5,4 \pm 0,4$	$7 \pm 0,1$	$<0,05$
	ЭД	$5,8 \pm 0,28$	$7,3 \pm 0,3$	$<0,05$	$5,3 \pm 0,4$	$6,5 \pm 0,2$	$>0,05$
	АСТ	$5,8 \pm 0,21$	$6,3 \pm 0,18$	$>0,05$	$5,5 \pm 0,1$	$5 \pm 0,18$	$>0,05$

	Мальчики			Девочки		
	К	I	p	К	I	p
ФОБ	5±0,31	5,6±0,4	>0,05	4,6±0,2	6±0,21	<0,05
ОП	5,6±0,4	7,2±0,2	<0,05	5,6±0,36	7±0,22	<0,05
СЗ	4,4±0,39	6,8±0,3	<0,05	4±0,2	5,8±0,31	<0,05

Примечание: I – основная группа; К – контрольная группа; * $p < 0,05$ – различия с контрольной группой

У девочек основной группы отмечен высокий уровень личностной тревожности – в среднем соответствует 7 стенам. По дополнительным компонентам высокий уровень тревожности по шкале «тревожная оценка перспектив» (в среднем 7 стенов). Высокие показатели по шкале «эмоциональный дискомфорт» (6,5 стенов). Шкала «фобический компонент» соответствует 6 стенам. Шкала «социальные реакции защиты» – 5,8 стенам. Шкала «астенический компонент» – 5 стенам. (Табл. 4).

В контрольной группе получены следующие результаты:

У мальчиков общий уровень ситуативной тревожности соответствует нормальному и в среднем равен 4,3 стенам. По дополнительным компонентам или шкалам наиболее выражена шкала «астенический компонент», которая в среднем равна 5,7 стенам. Шкала «тревожная оценка перспектив» – 5,1 стенов. Шкала «социальные реакции защиты» – 4,6 стенов. Шкала «фобический компонент» имеет низкий показатель тревожности и в среднем составляет 3,1 стенов. Шкала «эмоциональный дискомфорт» имеет низкие показатели тревожности и соответствует 1,3 стенам.

У девочек общий уровень ситуативной тревожности соответствует умеренной, в среднем равен 4 стенам. Шкала «социальные реакции защиты» в среднем соответствует 4,9 стенам, шкала «тревожная оценка перспектив» – 4,6 стенам, «астенический компонент» – 4,2 стенам, низкий уровень тревожности по шкале «фобический компонент» – 3,5 стенов, низкая тревожность по шкале «эмоциональный дискомфорт» – 1,3 стена.

У мальчиков контрольной группы умеренный уровень личностной тревожности, который в среднем составляет 5,6 стенов. По дополнительным

компонентам получено, что умеренная тревожность по шкале «эмоциональный дискомфорт» соответствует 5,8 стенам, средний уровень тревожности по шкале «астенический компонент» – 5,8 стенов, по шкале «тревожная оценка перспектив» – 5,6 стенов, умеренная тревожность по шкале «фобический компонент» – 5 стенов, умеренная тревожность по шкале «социальные реакции защиты» – 4,4 стена.

Общий уровень личностной тревожности у девочек соответствует умеренной и в среднем равна 5,4 стенов. По дополнительным компонентам получено, что умеренная тревожность по шкале «тревожная оценка перспектив» – 5,6 стенов. Умеренная тревожность по шкале «астенический компонент» – 5,5 стенов, умеренная тревожность по шкале «эмоциональный дискомфорт» – 5,3 стенов, низкий уровень тревожности по шкале «фобический компонент» и в среднем соответствует 4,6 стенов, низкий уровень по шкале «социальные реакции защиты» в среднем соответствует 4 стенам. (Табл. 4).

При исследовании семейных взаимоотношений по методике «Анализ семейного воспитания» у детей с невротическими отклонениями наблюдаются следующие значения:

У родителей девочек в 56% наблюдается нарушение типа семейного воспитания в виде доминирующей гиперпротекции (Г+); 34% - воспитание по типу «фобия утраты» (ФУ), слабое место - повышенная неуверенность, боязнь ошибиться, преувеличенные представления о «хрупкости» ребенка, его болезненности; 6% - родителей имеют «неразвитость родительских чувств» (НРЧ), причиной неразвитости могут быть отвержение самого родителя в детстве, то, что он сам не имел родительского тепла, либо молодой возраст самих родителей; 4% родителей склонны выносить конфликты между собой в сферу воспитания (ВК).

Таблица 5

Процентное соотношение факторов семейного воспитания по методике АСВ

Шкалы	Основная группа		Контрольная группа	
	девочки	мальчики	девочки	мальчики
Г+	56%	58%		
ФУ	34%	23%		
НЧР	6%			
ВК	4%	3%		
РРЧ		12%	7%	10%
ПНК		4%		i
У+			45%	45%
Т+			40%	35%
3-			8%	10%

У родителей мальчиков в 58% наблюдается тип воспитания в виде доминирующей гиперпротекции (Г+); 23% – воспитание по типу «фобия утраты» (ФУ); 12% – по шкале «расширение сферы родительских чувств» (РРЧ), данный источник нарушения воспитания возникает чаще всего тогда, когда присутствует нарушение супружеских отношений: смерть супруга, развод; 4% показатель по шкале «проекция на ребенка собственных нежелательных качеств» (ПНК); 3% – родителей склонны выносить конфликты между собой в сферу воспитания (ВК).

В контрольной группе встречаются типы воспитания в виде «потворствования» (У+) – 45% (мальчики и девочки); в виде «чрезмерной требовательности обязанностей» (Т+) – 35% у мальчиков, 40% у девочек; в виде «расширения сферы родительских чувств» (РРЧ) – 10% у мальчиков, 7% у девочек; в 10% у мальчиков и в 8% у девочек наблюдается нарушение воспитания в виде «недостаточности требований запретов к ребенку» (3-). (табл. 5)

При диагностике свойств личности по методике Р. Кеттелла в основной группе получены следующие результаты:

У мальчиков с невротическими отклонениями высокие показатели (выше 7 стенов): по шкале «D-эмоциональная невозбудимость» – 53% (9,6 стенов), что свидетельствует о нетерпеливости, легкой возбудимости,

реактивности; в 40% (8,7 стена) – по шкале «О- оптимизм», что свидетельствует о частой смене настроения, тревожности, озабоченности, такие дети легко выводятся из состояния душевного равновесия; 24% (8,4 стена) по шкале «Q4- невозмутимость»-говорит о напряженности, раздражительности, фрустрированности; 20% (7,9 стенов) по шкале «Н- смелость»- социально смелые, непринужденные, решительные; 10% (8,1 стена) по шкале «Е- независимость»- независимы, настойчивы, стремятся доминировать над окружающими.

Низкие показатели (ниже 3 стен) по следующим шкалам: 43% (1,3 стена) - «G- добросовестность» – мальчики, страдающие невротическими отклонениями, недобросовестны, пренебрегают своими обязанностями, безответственны; 30% (2,1 стена) – «I- практичность» реалистичны, практичны, в основном полагающиеся на свои собственные силы ; «А- экстраверсия» - 10% (1,8 стена) свидетельствует о замкнутости, недоверчивости, обособленности, равнодушии к окружению; фактор «Q3- самоконтроль» – в 20% (1,4 стена) свидетельствует о низком самоконтроле и плохом понимании социальных нормативов (табл. 5).

У девочек с невротическими отклонениями высокие показатели (выше 7 стен): по шкале «А- экстраверсия» – 53% (9,6 стен) свидетельствуют об открытости, общительности, доброжелательности, участливости; по шкале «D-эмоциональная невозбудимость» – 33% (8,7 стен): легко возбудимы, реактивны, нетерпеливы; по шкале «I- практичность» – 35% (8,1 стена): чувствительны, нежны, зависимы от других; по шкале «Н- смелость» – 35% (8,5 стена): социально смелые, непринужденные, решительные.

Низкие показатели (ниже 3 стен) по следующим шкалам: «С- уверенность в себе»-50% (2,9 стена): девочки страдающие невротическими отклонениями неуверенны в себе, легко ранимы; по шкале «О- оптимизм» – 40% (1,8 стена) свидетельствует о безмятежности, оптимистичности; по шкале «Q4-невозмутимость» – 40% (2,6 стена) свидетельствует о напряженности, раздражительности, фрустрированности;

по шкале «F- независимость» – 28% (2,3 стена) говорит об осторожности, рассудительности, серьезности, там где возможно- об избегании риска.

Различия в частоте отклонений в сторону высоких и низких значений по другим факторам были не столь существенными и соответствовали 4-6 стенам.

Приведенные показатели позволяют составить психологический портрет детей страдающих невротическими отклонениями. Это дети напряженные, тревожные, робкие, чувствительные, легко возбудимые, с низким самоконтролем. Характерные для данного контингента больных детей отклонения свойств личности позволяют считать, что их главной особенностью является обостренная эмоциональность.

В контрольной группе получены следующие результаты:

У мальчиков высокие показатели (выше 7 стен): по шкале «А-экстраверсия»-55% (9,3 стена) свидетельствуют об открытости, общительности, доброжелательности, участливости; по шкале «Н- смелость» – 34% (8,5 стена): социально смелые, непринужденные, решительные; 10% (8,1 стена) по шкале «Е- независимость» – независимы, настойчивы, стремятся доминировать над окружающими; по шкале «G- добросовестность» – 24% (7,9 стена) добросовестны, исполнительны, ответственные; по шкале «О- оптимизм»- 16% (8 стен) говорит о тревожности, озабоченности.

Низкие показатели (ниже 3 стен) по следующим шкалам: 25% (2,3 стена) – «I- практичность» реалистичны, практичны, в основном полагающиеся на свои собственные силы; по шкале «F- независимость» – 28% (2 стена) говорит об осторожности, рассудительности, серьезности, там где возможно- об избегании риска.

У девочек контрольной группы выявлены следующие свойства личности. Высокие показатели (выше 7 стен): шкала «Н- смелость» 67% (9,8 стен)-социально смелые, непринужденные, решительные; по шкале «А- экстраверсия» – 55% (8,3 стена) свидетельствуют об открытости,

общительности, доброжелательности, участливости; по шкале «Q3- самоконтроль» – 47% (8,0 стен) свидетельствует о хорошей социальной приспособленности и умении контролировать свое поведение.

Низкие показатели (ниже 3 стен) по следующим шкалам: «F-независимость» – 38% (2,5 стена) говорит об осторожности, рассудительности, серьезности, там, где возможно- об избегании риска; по шкале «E-независимость» – 30% (1,4 стена) – послушны, зависимы, уступчивы.

Различия в частоте отклонений в сторону высоких и низких значений по другим факторам были не столь существенными и соответствовали 4-6 стенам.

Таблица 6

Соотношение средних показателей по факторам
личностного опросника Р. Кеттелла (детский вариант)
мальчиков основной и контрольной групп

Основная группа			Контрольная группа		
Низкие п-ли	фактор	Высок. п-ли	Низкие п-ли	Фактор	Высок. п-ли
1,8	A			A	9,3
	C			C	
	D	9,6		D	
	E	8,4		E	8,1
	F		2,0	F	
1,3	G			G	7,9
	H	7,9		H	8,5
2,1	I		2,3	I	
	O	8,7		O	8,0
1,4	Q3			Q3	
	Q4	8,4		Q4	

Соотношение средних показателей по факторам
личностного опросника Р. Кеттелла (детский вариант)
девочек основной и контрольной групп

Основная группа			Контрольная группа		
Низкие п-ли	фактор	Высок, п-ли	Низкие п-ли	Фактор	Высок, п-ли
	A	9,6		A	8,3
2,9	C			C	
	D	8,7		D	
	E	8,1	1,4	E	
2,3	F		2,5	F	
	G			G	
	H	8,5		H	9,8
	I	8,1		I	
1,8	O			O	8,0
	Q3			Q3	
2,6	Q4			Q4	

2.3. Обсуждение полученных данных

У младших подростков с невротическими отклонениями в ситуации фрустрации повышен удельный вес «эго» – защитных реакций в форме открытой агрессии; по направлению реакции повышен удельный вес экстрапунитивных реакций в форме обвинения и враждебности по отношению к окружающим.

Ведущий поведенческий паттерн в ситуации фрустрации в основной группе:

- для мальчиков характерно обвинение в произошедшей ситуации кого-то, либо отрицают значимость проблемы или вытесняют её в бессознательное, либо подчеркивают наличие препятствия;

- для девочек характерно обвинение окружающих, либо они отказываются от прямого обвинения за счёт вытеснения значимости проблемы бессознательное, либо берут ответственность на себя и самостоятельно разрешают ситуацию.

У младших подростков, страдающих невротическими отклонениями, повышен удельный вес эгозащитных реакций в форме открытой агрессии.

По данным литературы, преобладание потребностно-настойчивых реакций свойственно психосоматическим больным. Повышение эгозащитных реакций свойственно для уязвимой личности, реакции которой сосредоточены на защите своего «Я», что характерно для подросткового возраста.

У представителей контрольной группы по направлению реакции в ситуации фрустрации повышен удельный вес импунитивных реакций или реакций отказа от обвинения в форме отрицания значимости или неблагоприятности препятствия. У мальчиков уровень показателей импунитивных и интрапунитивных реакций оказался выше, чем у девочек. У девочек выше уровень экстрапунитивных реакций, что возможно связано с более ранним взрослением.

У младших подростков с невротическими отклонениями повышен удельный вес экстрапунитивных реакций или внешнеобвинительных ($E > M > 1$) в форме обвинения и враждебности по отношению к окружающим. По данным литературы у психически неуравновешенных людей более часты экстрапунитивные реакции и лишь потом импунитивные, что более свойственно психосоматикам.

Детям основной группы свойственно проявлять агрессию (у мальчиков в 42%, у девочек в 25%), агрессия во фрустрирующей ситуации направлена вовне (у мальчиков в 25%, у девочек в 16%), она вытесняется (у мальчиков в 50%, у девочек в 50%), повышена степень самостоятельности при разрешении потребности (у мальчиков в 42%, у девочек в 58%).

Уровень социальной адаптации у детей с невротическими отклонениями ниже, чем у здоровых. У мальчиков $GCR=24,8\%$, у здоровых $GCR=66\%$. У девочек $=31,8\%$, у здоровых $GCR=60\%$. Можно предположить, что мальчики менее социально адаптированы, чем девочки.

Для проверки основной гипотезы исследования сравним представителей контрольной и экспериментальной групп по уровню

социальной адаптации. Такое сравнение нам показалась целесообразным произвести отдельно для мальчиков и девочек.

С этой целью выделим в экспериментальной и контрольной группах по две группы мальчиков с достаточным и недостаточным уровнем социальной адаптации, используя экспериментальные данные (см. таблицу).

Таблица 8

Обработка результатов

Уровень социальной адаптации Выборка	Достаточный уровень социальной адаптации	Недостаточный уровень социальной адаптации	Σ
Основная группа	3	9	12
Контрольная группа	6	3	9
Σ	9	12	21

Для статистического подтверждения значимости различий по уровню социальной адаптации представителей обеих выделенных групп использовался непараметрический многофункциональный критерий φ^* - угловое преобразование Фишера. Для такого использования имеются достаточные основания (сравниваются два эмпирических распределения; рассматриваются лишь два уровня социальной адаптации – достаточный и недостаточный).

Основные статистические гипотезы:

H_0 : Доля мальчиков младшего подросткового возраста контрольной группы с достаточным уровнем социальной адаптации, не превышает соответствующего показателя для группы мальчиков опытной группы.

H_1 : Доля мальчиков младшего подросткового возраста контрольной группы с достаточным уровнем социальной адаптации, достоверно превышает соответствующий показатель для группы мальчиков опытной группы.

Заполним 4-х клеточную таблицу расчета критерия φ^* при сопоставлении двух групп мальчиков по процентной доле детей с достаточным уровнем социальной адаптации.

Таблица 9

Обработка результатов

Группы	Достаточный уровень социальной адаптации		Недостаточный уровень социальной адаптации		Σ
	количество	%	количество	%	
О	3	25	9	75	12
К	6	66,6	3	33,4	9
Σ	8		13		21

Определим по таблице углы, соответствующие процентным долям подростков с высоким уровнем социальной адаптации.

$$\varphi_1(25\%)=1,047$$

$$\varphi_2(66,6\%)=1,909$$

Подсчитаем $\varphi_{эм.}$ по формуле:

$$\varphi_{эм.} = |\varphi_1 - \varphi_2| \times \sqrt{\frac{n_1 \times n_2}{n_1 + n_2}} = |1,047 - 1,909| \times \sqrt{\frac{12 \times 9}{12 + 9}} = 0,862 \times 2,268 = 1,955$$

По таблице критических значений критерия φ^* находим $\varphi_{кр.}$:

$$\varphi_{кр.} = \begin{cases} 1,64 (\rho \leq 0,05) \\ 2,31 (\rho \leq 0,01) \end{cases}$$

Построим ось значимости:

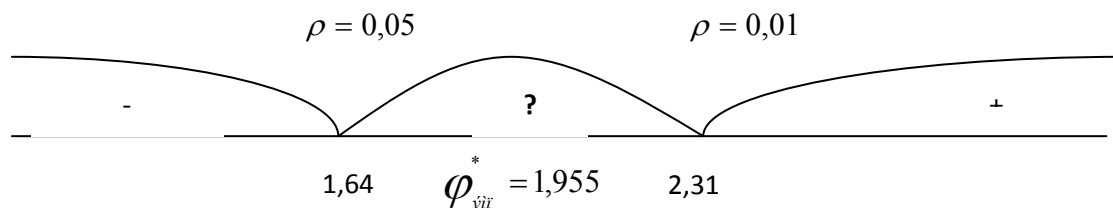


Рис. 1. Обработка результатов

Мы видим, что найденное эмпирическое значение критерия Фишера соответствует уровню статистической значимости $p \leq 0,05$. Значимость различий, как и предполагалось, статистически достоверна. Нулевая гипотеза отклоняется. Доля мальчиков младшего подросткового возраста контрольной группы с высоким уровнем социальной адаптации достоверно превышает соответствующий показатель для группы мальчиков опытной группы. Можно считать статистически обоснованным вывод о том, что одной из особенностей мальчиков с невротическими отклонениями является недостаточный уровень социальной адаптации.

Проведем аналогичные процедуры для девочек опытной и контрольной групп.

С этой целью выделим в экспериментальной и контрольной группах по две группы девочек с достаточным и недостаточным уровнем социальной адаптации, используя экспериментальные данные (см. табл. 10).

Таблица 10

Обработка результатов

Уровень социальной адаптации Выборка	Достаточный уровень социальной адаптации	Недостаточный уровень социальной адаптации	Σ
Основная группа	4	9	13
Контрольная группа	6	4	10
Σ	10	13	23

Для статистического подтверждения значимости различий по уровню социальной адаптации представителей обеих выделенных групп использовался непараметрический многофункциональный критерий Φ^* - угловое преобразование Фишера. Для такого использования имеются достаточные основания (сравниваются два эмпирических распределения; рассматриваются лишь два уровня социальной адаптации – достаточный и недостаточный).

Основные статистические гипотезы:

H_0 : Доля девочек младшего подросткового возраста контрольной группы с достаточным уровнем социальной адаптации, не превышает соответствующего показателя для группы девочек опытной группы.

H_1 : Доля девочек младшего подросткового возраста контрольной группы с достаточным уровнем социальной адаптации, достоверно превышает соответствующий показатель для группы девочек опытной группы.

Заполним 4-х клеточную таблицу расчета критерия φ^* при сопоставлении двух групп девочек по процентной доле детей с достаточным уровнем социальной адаптации.

Таблица 11

Обработка результатов

Группы	Достаточный уровень социальной адаптации		Недостаточный уровень социальной адаптации		Σ
	количество	%	количество	%	
О	4	32,3	9	67,7	13
К	6	60	4	40	10
Σ	10		13		23

Определим по таблице углы, соответствующие процентным долям девочек с высоким уровнем социальной адаптации.

$$\varphi_1 (32,3\%) = 1,209$$

$$\varphi_2 (60\%) = 1,772$$

Подсчитаем $\varphi_{\text{эмп.}}$ по формуле:

$$\varphi_{\text{эмп.}} = |\varphi_1 - \varphi_2| \times \sqrt{\frac{n_1 \times n_2}{n_1 + n_2}} = |1,772 - 1,209| \times \sqrt{\frac{13 \times 10}{13 + 10}} = 0,563 \times 2,377 = 1,338$$

По таблице критических значений критерия φ^* находим $\varphi_{\text{кр.}}$:

$$\varphi_{\text{кр.}} = \begin{cases} 1,64 (\rho \leq 0,05) \\ 2,31 (\rho \leq 0,01) \end{cases}$$

Построим ось значимости:

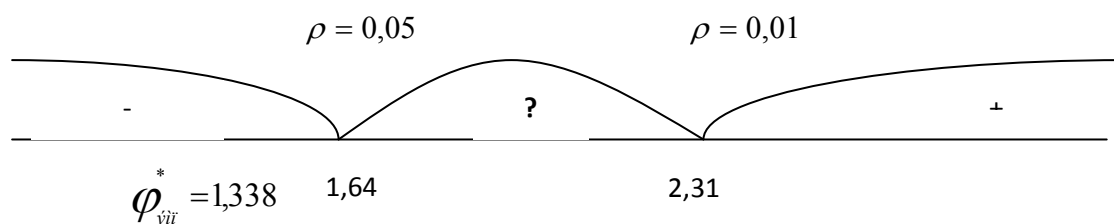


Рис. 2. Обработка результатов

Мы видим, что найденное эмпирическое значение критерия Фишера не соответствует уровню статистической значимости $\rho \leq 0,05$. Значимость различий статистически недостоверна. Нулевая гипотеза принимается. Доля девочек младшего подросткового возраста контрольной группы с высоким уровнем социальной адаптации достоверно не превышает соответствующий показатель для группы девочек опытной группы. Можно считать статистически необоснованным вывод о том, что одной из особенностей девочек с невротическими отклонениями является недостаточный уровень социальной адаптации. Данный факт мы связываем с недостаточным объемом исследуемой выборки.

Проведем аналогичные процедуры для всей группы детей.

С этой целью выделим в экспериментальной и контрольной группах по две группы детей с достаточным и недостаточным уровнем социальной адаптации, используя экспериментальные данные (см. табл. 12).

Таблица 12

Обработка результатов

Уровень социальной адаптации	Достаточный уровень социальной адаптации	Недостаточный уровень социальной адаптации	Σ
Выборка			
Основная группа	7	18	25
Контрольная группа	12	7	19
Σ	19	25	44

Для статистического подтверждения значимости различий по уровню социальной адаптации представителей обеих выделенных групп использовался непараметрический многофункциональный критерий φ^* - угловое преобразование Фишера. Для такого использования имеются достаточные основания (сравниваются два эмпирических распределения; рассматриваются лишь два уровня социальной адаптации – достаточный и недостаточный).

Основные статистические гипотезы:

H_0 : Доля детей младшего подросткового возраста контрольной группы с достаточным уровнем социальной адаптации, не превышает соответствующего показателя для группы детей опытной группы.

H_1 : Доля детей младшего подросткового возраста контрольной группы с достаточным уровнем социальной адаптации, достоверно превышает соответствующий показатель для группы детей опытной группы.

Заполним 4-х клеточную таблицу расчета критерия φ^* при сопоставлении двух групп подростков по процентной доле детей с достаточным уровнем социальной адаптации.

Таблица 13

Обработка результатов

Группы	Достаточный уровень социальной адаптации		Недостаточный уровень социальной адаптации		Σ
	количество	%	количество	%	
О	7	28	18	72	25
К	12	63,2	7	36,8	19
Σ	19		25		44

Определим по таблице углы, соответствующие процентным долям детей с высоким уровнем социальной адаптации.

$$\varphi_1(28\%)=1,115$$

$$\varphi_2(63,2\%)=1,838$$

Подсчитаем $\varphi_{\text{эмп.}}$ по формуле:

$$\varphi_{\text{эмп.}} = |\varphi_1 - \varphi_2| \times \sqrt{\frac{n_1 \times n_2}{n_1 + n_2}} = |1,838 - 1,115| \times \sqrt{\frac{25 \times 19}{25 + 19}} = 0,723 \times 3,286 = 2,37$$

По таблице критических значений критерия φ^* находим $\varphi_{\text{кр.}}$:

$$\varphi_{\text{кр.}} = \begin{cases} 1,64 (\rho \leq 0,05) \\ 2,31 (\rho \leq 0,01) \end{cases}$$

Построим ось значимости:

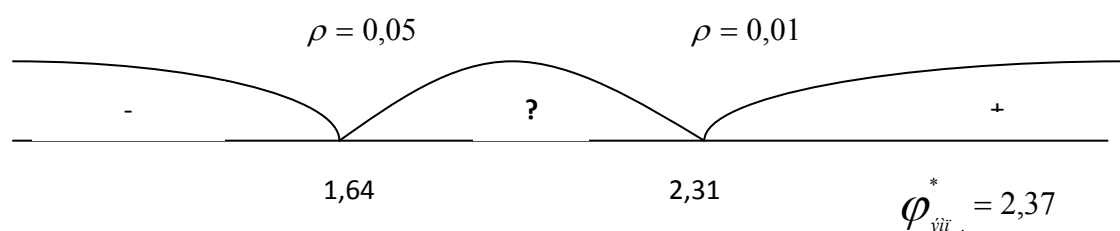


Рис. 3. Обработка результатов

Мы видим, что найденное эмпирическое значение критерия Фишера соответствует высокому уровню статистической значимости $\rho \leq 0,01$. Значимость различий статистически достоверна. Нулевая гипотеза отклоняется. Доля детей младшего подросткового возраста контрольной группы с высоким уровнем социальной адаптации достоверно превышает соответствующий показатель для группы детей опытной группы. Можно считать статистически обоснованным вывод о том, что одной из особенностей детей с невротическими отклонениями является недостаточный уровень социальной адаптации.

Исходя из полученных результатов, можно сделать предположение, что у мальчиков высокий уровень заболеваемости (в 1,5-2 раза больше, чем девочки), в связи с более низким уровнем социальной адаптации, более незрелым реагированием, чем у девочек.

У детей с невротическими отклонениями выявлены нормальные показатели ситуативной тревожности (у мальчиков 6,4, у девочек 6 стенов).

И высокие показатели личностной тревожности (у мальчиков 7,4, у девочек 7 стенов), причем гендерных различий не наблюдается.

По сравнению с контрольной группой, где уровень ситуативной и личностной тревожности соответствует нормальному (у мальчиков уровень ситуативной тревожности 4,3, у девочек – 4 стена; у мальчиков уровень личностной тревожности 5,6, у девочек – 5,4 стена), гендерных различий также не наблюдается.

Имеют место достоверные различия между основной и контрольной группами ($p < 0,05$), где у подростков основной группы уровень тревожности выше, чем у здоровых. У мальчиков основной группы уровень ситуативной тревожности 6,4, а у здоровых – 4,3 стена. У мальчиков уровень личностной тревожности 7,4, у здоровых – 5,6. У девочек основной группы уровень ситуативной тревожности 6 стенов, у здоровых – 4. У девочек основной группы уровень личностной тревожности 7, у контрольной 5,4 стена.

В структуре ситуативной тревожности у детей с невротическими отклонениями при сравнении с контрольной группой выявляются достоверные различия по следующим параметрам: – по «эмоциональному дискомфорту» (у мальчиков основной группы 5,1, у здоровых – 2,3 стена, а девочки соответственно 4,6 и 1,3); – по «фобическому компоненту» (у мальчиков основной группы 6,8, у здоровых – 3,1 стена, а девочки соответственно 6,7 и 3,5); – по «астеническому компоненту» (у мальчиков основной группы 4,2, у здоровых – 5,7; у девочек – 3,3 стена, у здоровых – 4,2). Имеются гендерные различия внутри основной группы по «астеническому компоненту» (у мальчиков 4,2, у девочек 3,3 стена). Внутри контрольной группы обнаружилось гендерное различие по «астеническому компоненту» (у мальчиков 5,7, у девочек 4,2), что может быть связано с физическим трудом мальчиков во дворе школы, по «эмоциональному дискомфорту» (у мальчиков 2,3 стена, у девочек 1,3).

Таким образом, у мальчиков с невротическими отклонениями «эмоциональный дискомфорт», «астенический компонент» более выражен,

чем у девочек, что может косвенно подтверждать их более высокую заболеваемость.

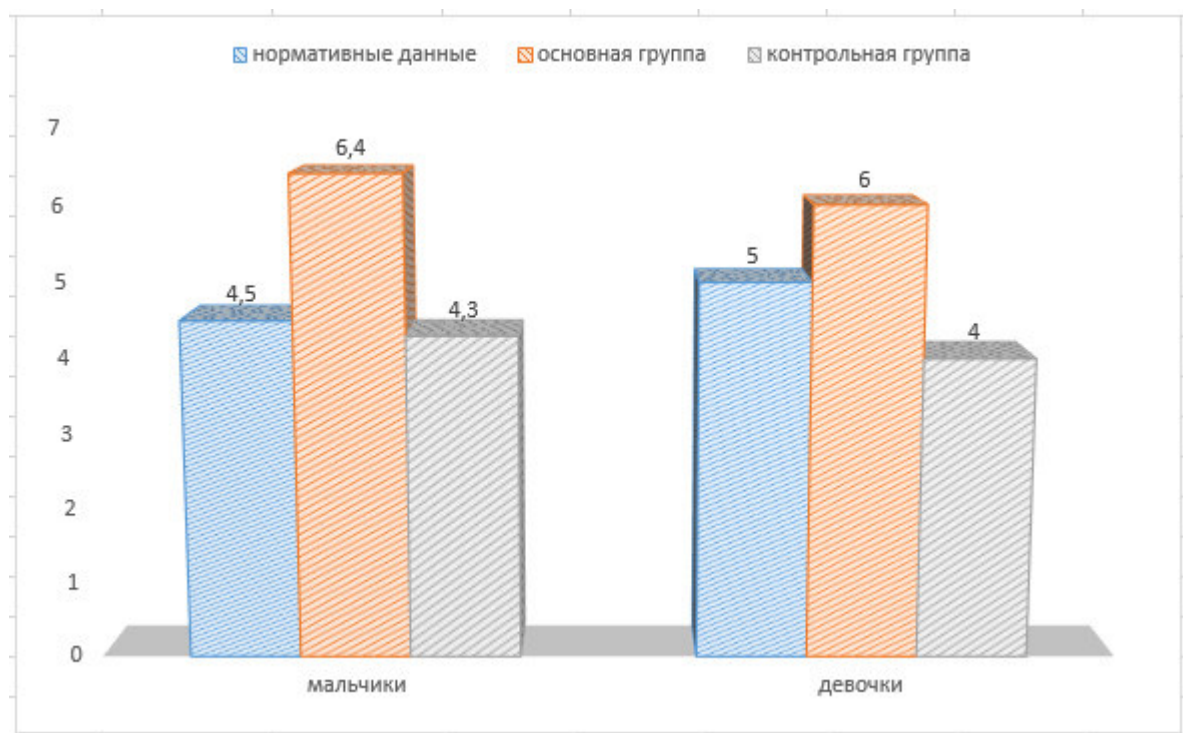


Рис. 4. Общий показатель ситуативной тревожности

В структуре личностной тревожности в основной группе обнаружился высокий уровень тревожности по «эмоциональному компоненту» (у мальчиков 7,3 стена), «тревожной оценке перспектив» (у мальчиков 7,2, у девочек 7 стенов). Гендерные различия мы наблюдаем по шкалам: «эмоциональный дискомфорт» (у мальчиков 7,3, у девочек 6,5), «астенический компонент» (у мальчиков 6,3, у девочек 5 стенов), «тревожная оценка перспектив» у мальчиков и девочек примерно одинаковые (7,2 и 7), что возможно связано с периодом взросления и оценкой своего будущего (болезнь – здоровье), «социальные реакции защиты» имеет достоверные ($p < 0,05$) более высокие показатели у мальчиков (6,8), чем у девочек (5,8), что также можно трактовать как фактор взросления в подростковом возрасте, меньшей зрелостью мальчиков. В структуре личностной тревожности контрольной группы гендерных различий не наблюдается.

Таким образом, у детей с невротическими отклонениями более высокие показатели личностной тревожности, причем в структуре преобладают «эмоциональный дискомфорт» и «тревожная оценка перспектив», что более выражено у мальчиков, имеющие большую заболеваемость по сравнению с девочками. Выявлены гендерные различия по «астеническому компоненту», «социальные реакции защиты», которые более выражены у мальчиков, что возможно связано с их более поздним половым созреванием, по сравнению с девочками, и более высоким уровнем заболеваемости.

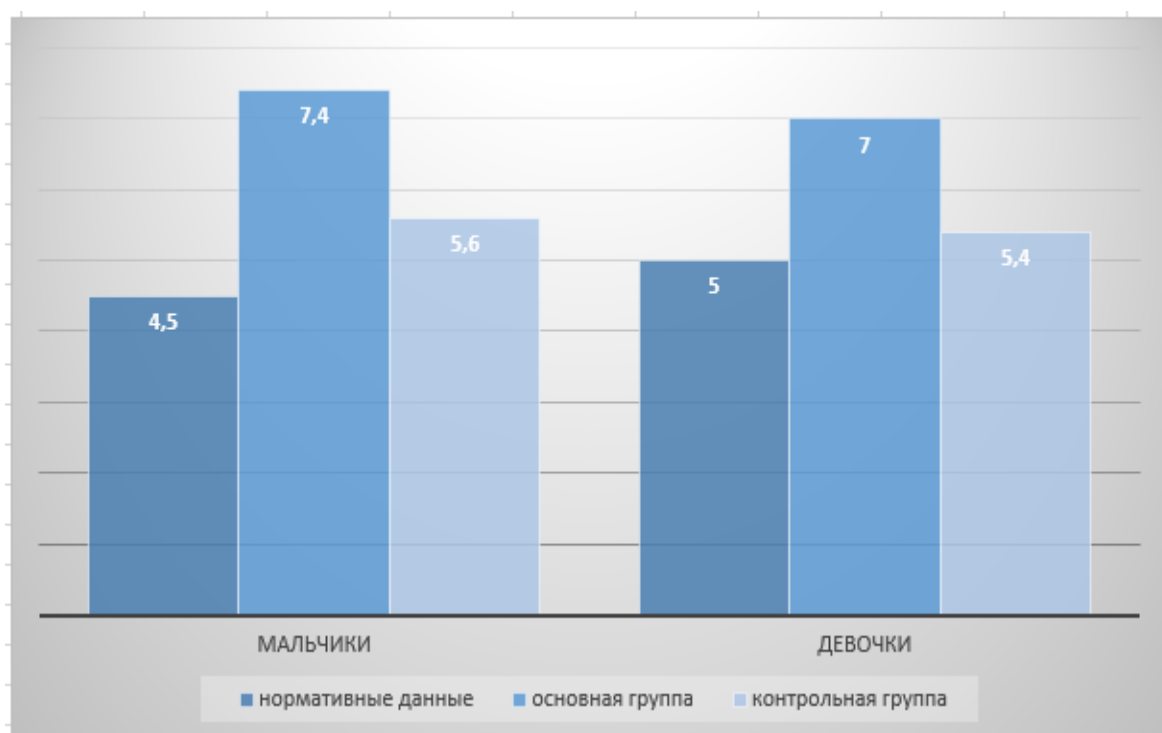


Рис. 5. Общий показатель личностной тревожности

При исследовании семейного воспитания сочетание различных отклонений дают возможность установить тип негармоничного воспитания. Большинство представителей основной группы находятся в центре семьи, которая отдает ему много сил и времени, однако, в то же время, лишает его самостоятельности, ставя ограничения и запреты. Этот тип воспитания соответствует доминирующей гиперпротекции и наблюдается у 58% мальчиков и 56% девочек больных невротическими отклонениями.

При исследовании личностных проблем родителей регистрируется фобия утраты ребенка (ФУ 34% у девочек, 23% у мальчиков) источник таких переживаний родителей коренится в длительном тяжелом заболевании ребенка. Отношение родителей к ребенку формировалось под воздействием страха его утраты. Этот страх заставляет родителей тревожно прислушиваться к любым пожеланиям подростка и мелочно опекать его (доминирующая гиперпротекция).

В 6% случаев у родителей девочек, страдающих невротическими отклонениями выявлена «неразвитость родительских чувств», обусловленная нарушением воспитания в виде гиперпротекции, эмоционального отвержения, жестокого обращения.

В 12% случаев у родителей мальчиков выявлено повышение показателей по шкале «расширение родительских чувств».

Таким образом, доминирующим стилем семейного воспитания у детей с невротическими отклонениями является доминирующая гиперпротекция, фобия утраты, вынесение конфликта между родителями в сферу воспитания. Родители подростка мелочно опекают, удовлетворяют все его желания, лишают самостоятельности, но, в то же время, проявляют строгость санкций. Наиболее значимой среди личностных проблем родителей является фобия утраты ребенка, источник которой кроется в хроническом течении болезни и возможной ранней инвалидизации.

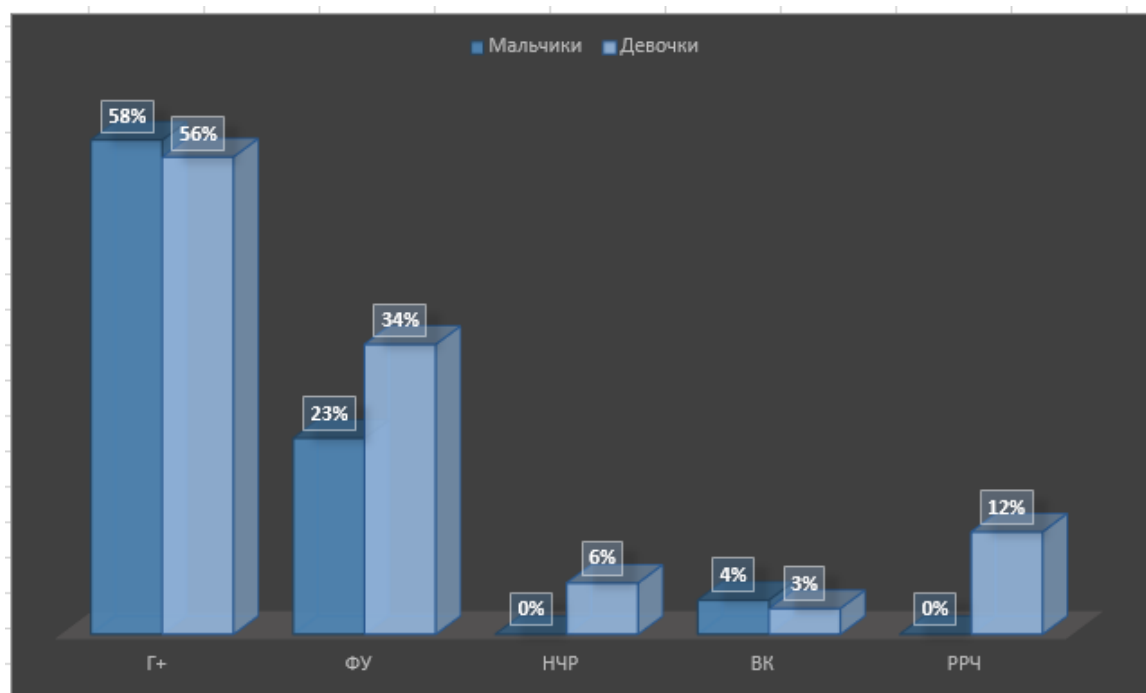


Рис. 6. Анализ семейного воспитания у детей с невротическими отклонениями

При исследовании свойств личности по методике Р. Кеттелла (детский вариант) получены следующие данные:

У мальчиков страдающих невротическими отклонениями выявлены высокие показатели по факторам – «D-эмоциональная невозбудимость» – 53% (9,6 стенов), что свидетельствует о нетерпеливости, легкой возбудимости, реактивности; «О- оптимизм» – 40% (8,7 стена), что свидетельствует о частой смене настроения, тревожности, озабоченности, такие дети легко выводятся из состояния душевного равновесия; «Q4-невозмутимость» – 24% (8,4 стена) говорит о напряженности, раздражительности, фрустрированности; «Н-смелость» – 20% (7,9 стенов) социально смелые, непринужденные, решительные; «Е- независимость» – 10% (8,1 стена) независимы, настойчивы, стремятся доминировать над окружающими.

Низкие показатели (ниже 3 стен) по следующим факторам: «G-добросовестность» – 43% (1,3 стена) мальчики страдающие невротическими отклонениями недобросовестны, пренебрегают своими обязанностями, безответственны; «I- практичность» – 30% (2,1 стена)

реалистичны, практичны, в основном полагающиеся на свои собственные силы ; «А- экстраверсия» –10% (1,8 стена) свидетельствует о замкнутости, недоверчивости, обособленности, равнодушии к окружению; фактор «Q3- самоконтроль» – в 20% (1,4 стена) свидетельствует о низком самоконтроле и плохом понимании социальных нормативов.

У девочек с невротическими отклонениями высокие показатели (выше 7 стен): Фактор «А- экстраверсия» – 53% (9,6 стен) свидетельствуют об открытости, общительности, доброжелательности, участливости; «D-эмоциональная невозбудимость» – 33% (8,7 стен): легко возбудимы, реактивны, нетерпеливы; «I- практичность» – 35% (8,1 стена): чувствительны, нежны, зависимы от других; «Н- смелость» – 35% (8,5 стена): социально смелые, непринужденные, решительные.

Низкие показатели (ниже 3 стен) по следующим факторам: «С-уверенность в себе» – 50% (2,9 стена): девочки страдающие невротическими отклонениями неуверенны в себе, легко ранимы; «О- оптимизм» – 40% (1,8 стена) свидетельствует о безмятежности, оптимистичности; «Q4-невозмутимость» – 40% (2,6 стена) свидетельствует о напряженности, раздражительности, фрустрированности; «F-независимость» – 28% (2,3 стена) говорит об осторожности, рассудительности, серьезности, там где возможно- об избегании риска.

Различия в частоте отклонений в сторону высоких и низких значений по другим факторам были не столь существенными и соответствовали 4-6 стенам.

Приведенные показатели позволяют составить психологический портрет младших подростков, страдающих невротическими отклонениями. Это дети напряженные, тревожные, робкие, чувствительные, легко возбудимые, с низким самоконтролем.

Характерные для данного контингента больных детей отклонения свойств личности позволяют считать, что их главной особенностью является обостренная эмоциональность.

Таким образом, можно сделать выводы, что, по сравнению с девочками, мальчикам с невротическими отклонениями более свойственна замкнутость, недоверчивость, отгороженность от других, что свидетельствует о инфантильности и моторной расторможенности «фактор А»; девочкам же напротив свойственна открытость, общительность, доброжелательность.

И девочкам, и мальчикам, страдающим невротическими отклонениями, свойственна нетерпеливость и моторная расторможенность «фактор D»; Высокие показатели «фактора Н» и у мальчиков и у девочек основной группы свидетельствуют о социальной смелости и непринужденности в общении.

У девочек основной группы низкие показатели факторов С, F, О, Q4 свидетельствуют о легкой ранимости, неуверенности в себе, осторожности, рассудительности, оптимистичности.

У мальчиков основной группы низкие показатели факторов G, I, Q3 свидетельствуют о недобросовестности, безответственности, желанием полагаться на свои силы, низком самоконтроле и плохом понимании социальных нормативов.

Выводы из второй главы

В ходе экспериментального исследования характеристик младших подростков с невротическими отклонениями и особенностей их отношений родителями были получены следующие данные:

Младшим подросткам, страдающим невротическими отклонениями, свойственна нетерпеливость и моторная расторможенность; социальная смелость и непринужденность в общении и, вместе с тем, более низкий уровень социальной адаптации. У них повышен удельный вес «эго»-защитных реакций в форме открытой агрессии с доминированием экстрапунитивных реакций в форме обвинения и враждебности по

отношению к окружающим. В структуре личностной тревожности у младших подростков с невротическими отклонениями имеют место высокие показатели тревожности по шкалам «эмоциональный дискомфорт», «тревожная оценка перспектив».

При анализе детско-родительских отношений обнаружен негармоничный тип воспитания у младших подростков с невротическими отклонениями. Преобладающим стилем семейного воспитания у них является доминирующая гиперпротекция, фобия утраты, вынесение конфликта между родителями в сферу воспитания. Родители таких детей, как правило, мелочно опекают, удовлетворяют все его желания, лишают самостоятельности, но, в то же время, проявляют строгость санкций. Наиболее значимой среди личностных проблем родителей оказалась фобия утраты ребенка, источник которой кроется в хроническом течении болезни и возможной ранней инвалидизации.

Глава 3. Особенности психологической коррекции младших подростков с невротическими отклонениями

В основу коррекционной работы были положены следующие концептуальные положения:

1. В программе лечения и медико-психологической реабилитации невротических расстройств детей и подростков необходимо диагностировать факторы психологической и социальной дезадаптации пациентов.

2. Интегративное взаимодействие клинициста- педиатра и психолога состоит в планомерном использовании и внедрении в работу детского психоневрологического отделения программы психологической помощи детям с невротическими отклонениями с целью психокоррекции эмоциональных и поведенческих нарушений.

3. Работа с родителями детей и подростков, имеющих невротические отклонения, направлена на информацию об их семейном воспитании, особенностях психологических нарушений при данной патологии с целью своевременной коррекции.

При составлении коррекционной программы особое внимание уделялось проблемам адаптации личности к заболеваниям, обучению технологии разрешения конфликтов, выработки навыков поведения.

Цель программы: интегративное психокоррекционное воздействие на личность младшего подростка в осознании проблем, поддерживающих болезнь и получение навыков поведения.



Программа состоит из 3-х этапов на госпитальном этапе лечения детей с невротическими отклонениями.

1. Подготовительный.

2. Основной.

3. Заключительный.

Выявлены аналогичные психологические проблемы; для проведения психотерапевтической работы объединены в единую психотерапевтическую группу.

Проведенное исследование показало, что у детей с диагнозом «невротические отклонения» имеется перенапряжение адаптационных механизмов, и выявляется психическая и социальная дезадаптация. Выявлена эмоциональная неустойчивость - лабильность, в том числе легкость возникновения аффектов, плача, беспокойства, частая смена настроения (100% обследованных); психомоторные нарушения в виде нервных тиков (45% от числа обследованных).

В связи с этим, комплексная программа медико- психологической помощи детям с диагнозом «невротическое расстройство» должна включать блок психологической реабилитации, направленных на снижение дестабилизирующих психических факторов, которая проводится с учетом патогенеза заболевания, его прогноза и служит основой профилактики становления осложнений (содержание занятий представлено в Приложении).

1. Подготовительный этап.

- На этом этапе подростку, находящемуся в стационаре, осуществляется эмпатическая поддержка, реализуемая за счет свободного режима, способствующего быстрой внутриведомственной адаптации пациента, его включение в психотерапевтическую среду отделения. Эта включенность позволяет использовать динамику взаимоотношений, эмпатическую и практическую поддержку членов внутреннего сообщества для ослабления психической напряженности, растерянности, тревоги. Результатом указанной поддержки является устранение ощущения безвыходности ситуации, появления уверенности, что его окружение способно его принять таким, какой он есть, поддержать и оказать помощь.

- Психодиагностика эмоциональных и личностных характеристик, типа реакции на фрустрацию, семейного воспитания.

- Формирование психотерапевтической группы 8-10 человек.

- Правила работы в группе;

2. Основной этап:

3. Заключительный этап.

- Формирование конструктивных форм детско-родительского общения.

- Контроль эффективности психотерапии (психодиагностическое тестирование).

- Создание мотивации к продолжению работы на постгоспитальном этапе.

Эффективность психологической помощи состояла в определении типа эмоционального реагирования с помощью теста рисуночной ассоциаций С. Розенцвейга. Полученные данные отражают изменение психологических факторов после психокоррекции. Анализируя динамику, можно говорить о снижении интропунитивного направления реакций: выявляется снижение числа самообвинительных реакций, повышении экстрапунитивного направления за счет повышения требований другому конкретному лицу, снижение склонности к внешне-обвинительным реакциям, открытого выражения агрессии направленные на безличные обстоятельства, предметы или на социальное окружение. Ослабление защитного механизма -проекции.; снижении «эго»-защитных реакций и повышении потребностно-настойчивых за счет снижения показателя (i), когда субъект, признавая свою ответственность, берется самостоятельно исправить положение, компенсируя потери другому лицу. Повысился коэффициент групповой адаптации (до проведения психокоррекционной работы $GCR=26,1\%$, после – $47,8\%$).

Для проверки основной гипотезы исследования сравним детей опытной группы до и после проведения психокоррекционной работы по уровню социальной адаптации.

С этой целью выделим в обоих замерах в экспериментальной группе по две группы детей с достаточным и недостаточным уровнем социальной адаптации, используя экспериментальные данные (см. табл. 14).

Таблица 14

Обработка результатов

Уровень социальной адаптации Выборка	Достаточный уровень социальной адаптации	Недостаточный уровень социальной адаптации	Σ
Основная группа	6	17	23
Контрольная группа	11	12	23
Σ	17	29	46

Для статистического подтверждения значимости различий по уровню социальной адаптации представителей обеих выделенных групп использовался непараметрический многофункциональный критерий φ^* - угловое преобразование Фишера. Для такого использования имеются достаточные основания (сравниваются два эмпирических распределения; рассматриваются лишь два уровня социальной адаптации – достаточный и недостаточный).

Основные статистические гипотезы:

H_0 : Доля детей младшего подросткового возраста с достаточным уровнем социальной адаптации после проведения психокоррекционной работы, достоверно не превышает соответствующего показателя для этой группы до проведения психокоррекционной работы.

H_1 : Доля детей младшего подросткового возраста с достаточным уровнем социальной адаптации после проведения психокоррекционной работы, достоверно превышает соответствующий показатель для этой группы до проведения психокоррекционной работы.

Заполним 4-х клеточную таблицу расчета критерия φ^* при сопоставлении группы детей до и после проведения психокоррекционной

работы по процентной доле детей с достаточным уровнем социальной адаптации.

Таблица 15

Обработка результатов

Группы	Достаточный уровень социальной адаптации		Недостаточный уровень социальной адаптации		Σ
	количество	%	количество	%	
1 замер	6	26,1	17	73,9	23
2 замер	11	47,8	12	52,2	23
Σ	17		29		46

Определим по таблице углы, соответствующие процентным долям подростков, предпочитающих рекламу с относительно глубокой смысловой нагрузкой.

$$\varphi_1 (26,1\%) = 1,072$$

$$\varphi_2 (47,8\%) = 1,527$$

Подсчитаем $\varphi_{\text{эмп.}}$ по формуле:

$$\varphi_{\text{эмп.}} = |\varphi_1 - \varphi_2| \times \sqrt{\frac{n_1 \times n_2}{n_1 + n_2}} = |1,527 - 1,072| \times \sqrt{\frac{23 \times 23}{23 + 23}} = 0,455 \times 3,49 = 1,642$$

По таблице критических значений критерия φ^* находим $\varphi_{\text{кр.}}$:

$$\varphi_{\text{кр.}} = \begin{cases} 1,64 (\rho \leq 0,05) \\ 2,31 (\rho \leq 0,01) \end{cases}$$

Построим ось значимости:

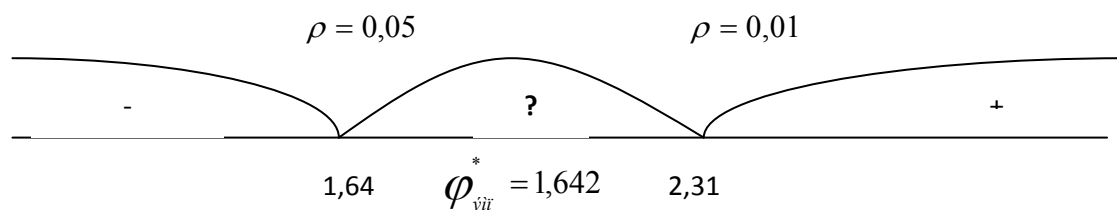


Рис. 7. Обработка результатов

Мы видим, что найденное эмпирическое значение критерия Фишера соответствует уровню статистической значимости $p \leq 0,05$. Значимость различий, как и предполагалось, статистически достоверна. Нулевая гипотеза отклоняется. Доля младших подростков с высоким уровнем социальной адаптации после проведения психокоррекционной работы достоверно превышает соответствующий показатель для этой же группы детей до проведения психокоррекционной работы.

Выводы из третьей главы

В ходе экспериментального исследования были выявлены и уточнены факторы, обеспечивающие социально-психологическую адаптацию больного ребенка, на основе которых строилась программа психологической реабилитации детей с невротическими отклонениями. При ее реализации особое внимание уделялось эмпатической поддержке, реализуемой за счет свободного режима, способствующего быстреей внутривнутристационарной адаптации ребенка; обучению технологии разрешения конфликтов, выработке навыков адекватного поведения. Эффективная актуализация такой направленности программы предполагает возможность полноценного использования динамики взаимоотношений, эмпатической и практической поддержки членов временного сообщества для ослабления психической напряженности, растерянности, тревоги. Важное место в ходе реализации программы должно занимать обучение методам психической саморегуляции; помощь ребенку в осознании проблем, поддерживающих болезнь, повышении самооценки и «уверенности в себе»; актуализация творческих ресурсов личности; прямое и опосредованное формирование конструктивных форм детско-родительского общения.

Можно считать статистически обоснованным вывод о том, что психокоррекционная программа была эффективной в данной группе младших подростков. Наблюдения показывают, что дети научились

адекватно разрешать конфликтные ситуации и реагировать на агрессию вовне, начали осознавать причины, поддерживающие болезнь. Улучшилось клиническое состояние, и появилась мотивация на дальнейшую работу в программе.

Заключение

Младший подростковый возраст 10-12 лет является своего рода транзитным и представляет собой период перехода от финальной стадии второго детства (преимущественно мальчики) к дебютной стадии пубертата (преимущественно девочки). Именно в этом возрасте фактически во всех органах и системах развивающегося организма несинхронно интенсифицируются перестроечные процессы, нарушающие эффективность относительно устойчивой ранее системы адаптации. Подобный сценарий развития предполагает соответствующие изменения в ключевых механизмах, обеспечивающих адаптационный потенциал подростков в изменившихся условиях функционирования организма и свидетельствует о потенциальном наличии в этом возрасте достаточно широкого круга психотравмирующих факторов, относящихся как к младшим школьникам, так и к подросткам. Их воздействие может привести и зачастую приводит к невротическим отклонениям у младших подростков, которые, в свою очередь, несут в себе опасность невротического развития личности ребенка.

Чтобы указанные выше факторы привели к невротическим расстройствам и к неврозам, необходимы определенные внутренние и внешние условия. К внутренним условиям, способствующим возникновению невротического способа реагирования у подростков, следует отнести акцентуированные и патологические черты характера, отягощенность детской невропатией, соматическую ослабленность вследствие перенесения «цепочки» инфекций или манифестации соматической болезни, возрастной фактор, способствующий общему неспецифическому повышению ранимости нервно-психической сферы в переходе от периода детства к подростковому периоду. Общеизвестно, что чаще случаются нервные срывы у ослабленных, инфантильных, тревожных подростков.

К факторам внешних условий, приводящих к развитию невротических реакций, неврозов и сопровождающих их форм поведения, относятся, в

первую очередь, неблагоприятный семейный климат, учебная перегрузка, несложившиеся взаимоотношения в коллективе сверстников с положением подростка в роли одиночки, несоответствие типа школы уровню способностей ребенка. Все эти факторы должны вызывать к себе самое пристальное внимание педагогов и психологов, поскольку они указывают на неблагополучие условий, в которых функционирует и развивается ребенок, на просчеты в семейном воспитании и организации учебной деятельности.

В целом изучение психологической литературы показывает, что невротические отклонения, выступают как самостоятельная единица, имеющая в основе специфические эмоциональные и поведенческие реакции. При этом негармоничное семейное воспитание в значительной степени негативно влияет на формирование личности младших подростков детей.

В ходе экспериментального исследования исследовались эмоциональное реагирование младших подростков на фрустрацию, ситуативная и личностная тревожность; учитывалось семейное воспитание и личностные факторы. В результате были получены следующие данные:

1. При анализе детско-родительских отношений обнаружен негармоничный тип воспитания у младших подростков с невротическими отклонениями. Преобладающим стилем семейного воспитания у детей с невротическими отклонениями является доминирующая гиперпротекция, фобия утраты, вынесение конфликта между родителями в сферу воспитания. Родители таких детей, как правило, мелочно опекают, удовлетворяют все его желания, лишают самостоятельности, но, в то же время, проявляют строгость санкций. Наиболее значимой среди личностных проблем родителей оказалась фобия утраты ребенка, источник которой кроется в хроническом течении болезни и возможной ранней инвалидизации.

2. Младшим подросткам, страдающим невротическими отклонениями, свойственна нетерпеливость и моторная расторможенность; социальная смелость и непринужденность в общении. Изучение гендерных различий показало, что мальчикам больше свойственна замкнутость, недоверчивость,

отгороженность от других, в сочетании с недобросовестностью, безответственностью и низким самоконтролем. У девочек выявлена высокая ранимость, неуверенность в себе, осторожность и рассудительность. У подростков с невротическими отклонениями повышен удельный вес «эго»-защитных реакций в форме открытой агрессии; с доминированием экстрапунитивных реакций в форме обвинения и враждебности по отношению к окружающим. Эти дети имеют низкий уровень социальной адаптации, причем у мальчиков он более низкий, чем у девочек, что проявляется, в частности, в более высоком уровне заболеваемости мальчиков.

3. В структуре ситуативной тревожности у мальчиков более высокие показатели по шкалам «эмоциональный дискомфорт», «астенический компонент», что также может косвенно подтверждать их более высокую заболеваемость. В структуре личностной тревожности у младших подростков с невротическими отклонениями высокие показатели тревожности по шкалам «эмоциональный дискомфорт», «тревожная оценка перспектив». Наблюдаются гендерные различия по шкалам «астенический компонент», «социальные реакции защиты», выраженные у мальчиков, что возможно связано с их более поздним половым созреванием, по сравнению с девочками, и более высоким уровнем заболеваемости. Аналогичных различий у здоровых детей не обнаружено.

4. Разработанная программа психологической помощи младшим подросткам с невротическими отклонениями оказывает статистически значимую психологическую поддержку таким детям, способствует улучшению их самочувствия и настроения, снижает уровень личностной тревожности, способствует овладению навыкам эмоциональной экспрессии и адаптивного поведения, способствует стабилизации эмоционального состояния и налаживанию межличностных коммуникаций.

Таким образом, в ходе проведенного теоретико-экспериментального исследования его цель достигнута, все задачи решены. Гипотеза исследования полностью подтвердилась.

Список используемых источников

1. Активные методы в работе школьного психолога: Сборник научных трудов / Отв. ред. И.В. Дубровина. – М.: Изд-во АПН СССР, 1990. – 165 с.
2. Александровская Э.М., Кокуркина Н.И. Методические рекомендации по организации групповой работы. – М., 2000. – 68 с.
3. Альманах психологических тестов. – М., 1996. – С. 206-217.
4. Антропов Ю.Ф. Психосоматические расстройства у детей и подростков. – М., 1997. – 198 с.
5. Баркан А.И. Его Величество Ребенок. Какой он есть. – М., 1996. – 368 с.
6. Безруких М.М., Ефимова С.П. Знаете ли вы своего ученика? – М., 1991. – 176 с.
7. Беличева С.А. Основы превентивной психологии. – М.: Социальное здоровье России, 1994. – 224 с.
8. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. – М., 1968. – 438 с.
9. Бреслав Г.М. Эмоциональные особенности формирования личности в детстве: Норма и отклонения. – М., 1990. – 144 с.
10. Бурлачук В.М., Морозов С.М. Словарь-справочник по психодиагностике. – СПб.: Питер, 2006. – 351 с.
11. Бурлинская Г.В., Карабанова О.А., Лидерс А.Г. Возрастно-психологическое консультирование. – М., 1990. – 136 с.
12. Буянов М.И. Беседы о детской психиатрии. – М., 1992. – 255 с.
13. Выготский Л.С. Собрание сочинений. – Т. 4-5. – М., 1983. – 433 с.
14. Гарбузов В.И. Нервные дети. – Л., 1990. – 173 с.
15. Годфруа Ж. Что такое психология. Том 2 / Пер. с франц. – М.: Мир, 1983. – 496 с.
16. Голик А.И. Введение в педагогическую психиатрию // Педагогика. – 1996. – № 3. – С. 23-37.

17. Жутикова И.В. Учителю о практике психологической помощи. – М., 1988. – 176 с.
18. Захаров А.И. Предупреждение отклонений в поведении ребенка. – СПб.: Союз, 2000. – 224 с.
19. Захаров А.И. Происхождение детских неврозов и психотерапия. – М., 2000. – 448 с.
20. Зеньковский В.В. Психология детства. – М.: Школа-Пресс, 1996. – 336 с.
21. Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. Психология отношений. Концепция В.Н. Мясищева и медицинская психология. – СПб.: Сенсор, 1999. – 76 с.
22. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. – СПб.: Специальная литература, 1996. – 454 с.
23. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей. – СПб.: Питер, 2000. – 512 с.
24. Карвасарский Б.Д. Психотерапия: учеб. для вузов. – 2-е изд., перераб. – СПб.: Питер, 2002. – 672 с.
25. Ковалев В.В., Христов Хр. Особенности психических расстройств в детском и подростковом возрасте и их классификация. В 2-х томах. Том 2 / Под ред. Г.В. Морозова. – М., 1995. – 456 с.
26. Козырева А.Ю. Лекции по педагогике и психологии творчества. – Пенза, 1994. – 344 с.
27. Кон И.С. Открытие «Я». – М., 1978. – 367 с.
28. Коркина М.В., Лакосина И.Д., Личко А.Е. Психиатрия. – М., 1995. – 608 с.
29. Кулагина И.Ю. Личность школьника От задержки психического развития до одаренности. – М., 1999. – 217 с.
30. Куттер П. Современный психоанализ. – СПб., 1997. – 348 с.
31. Лебедева Л.Д. Учителю о детских страхах и методах их коррекции // Дидактика. – 2000. – № 4. – С. 23-32.
32. Мельченко Н. И. Общая психология. – Самара.: Изд-во СамГМУ, 1998. – 583 с.

33. Немчин Т.А. Состояние нервно-психического напряжения. – Л., 1983. – 166 с.
34. Овчарова Р.В. Практическая психология образования: Учебное пособие (мультимедийное сопровождение курса в схемах и комментариях). – Курган: Изд-во Курганского гос. ун-та, 2006. – 210 с.
35. Практическая психология образования: Учебное пособие / Под ред. И. В. Дубровиной. 4-е изд. – СПб.: Питер, 2004. – 592 с.
36. Прихожан А. Под гнетом школьных требований // Школьный психолог. – 2001. – № 12. – С. 5.
37. Психокоррекционная работа с тревожными детьми младшего школьного возраста / Сост. Е.А. Курносикова, Н.Н. Морозова. – Саранск, 1997. – 24 с.
38. Психолог в здравоохранении: вопросы диагностики, коррекции и супервизии / Под общ. ред. проф. Н.И. Мельченко, проф. Г.В. Аكوпова. – Самара.: Изд-во СамГМУ, 1999. – 189 с.
39. Психологические аспекты соматических заболеваний // Психологический журнал. – 2000. – Т. 21. – № 1. – С. 143-144.
40. Психологическая энциклопедия. – СПб.: Питер, 1999. – 524 с.
41. Психология: Учебник / Под ред. А.А. Крылова. – М.: Проспект, 2000. – 583 с.
42. Рубинштейн С.Я. Основы общей психологии. – СПб., 2002. – 720 с.
43. Фурманов И.А. Детская агрессивность. Психодиагностика и коррекция. – Минск., 1996. – 192 с.
44. Эльконин Д.Б. Детская психология. – М., 1960. – 328 с.
45. Эльконин Д.Б. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте // Вопросы психологии. – 1972. – № 6. – С. 42-46.
46. Языкова Н.Н. Повышение психологической компетентности педагога в условиях гуманизации образования // Классный руководитель. – 2000. – № 5. – С. 66-76.

Психокоррекционная программа «Психологическая помощь детям с невротическими отклонениями»

Цель психокоррекционной работы – коррекция эмоциональных и поведенческих нарушений у детей с невротическими отклонениями.

Задачи:

- 1) опосредование и потенцирование медикаментозного лечения;
- 2) обучение психофизической гимнастике (эти занятия помогают овладевать навыками психической саморегуляции, восстановить психоэмоциональное равновесие, повышать неспецифическую сопротивляемость организма и его стрессоустойчивость);
- 3) обучение эмоциональной экспрессии;
- 4) «эмоциональное научение» и помощь пациенту в осознании проблем, поддерживающих болезнь;
- 5) психологическая поддержка и закрепление навыков адаптивного поведения.

Этапы реализации психокоррекционной программы

1. Подготовительный (до 10 занятий в условиях постельного режима)

Этот этап включает в себя: психодиагностику (интегративный тест тревожности, личностный опросник Р. Кеттелла (детский вариант), тест «Рисуночной фрустрации» Розенцвейга, анализ семейного воспитания); индивидуальную работу с пациентом; создание мотивации к предстоящей работе; беседы с родителями.

Индивидуальная работа проводится у постели подростка с применением элементов позитивной, рациональной психотерапии, гештальт-терапии, арт-терапии, используются методики, направленные на снятие болевого симптома, высокого уровня тревожности (при высоком артериальном давлении применяется прогрессивная мышечная релаксация, при низком-аутогенная тренировка по Шульцу. Все это в сочетании с музыкотерапией).

Прежде, чем приступить к психокоррекционной работе с родителями, необходимо выявить внутреннюю картину болезни и тип отношения к ней ребенка, проанализировать тип семейного воспитания для идентификации психологических проблем семьи, помочь родителям самостоятельно узнать свои слабые стороны воспитания и воодушевить на их преодоление.

Целесообразна организация лекций для медицинского персонала и родителей по основным вопросам возрастной психологии, воспитания детей в разные периоды жизни, важности семейной обстановки в формировании физического и психического здоровья ребенка.

2. Основной (в условиях полупостельного режима)

Психокоррекционная работа проводится в рамках групповой психотерапии, направленная на решение проблем, которые выявились на этапе диагностики или предъявленные в группе. Акцент сделан на тренинговой работе по выработке определенных поведенческих стратегий и навыков.

Состав закрытой группы 7 человек, группа гетерогенна по полу и гомогенна по возрасту и заболеванию. У детей снижен болевой симптом, тревога, они ознакомлены с методами психосоматической саморегуляции.

В групповой и индивидуальной работе используются методы психосоматической регуляции, обеспечивающие снятие болевого симптома, тревожности, формирование гармоничного отношения к болезни; методы переживания и овладения эмоциями; методы изменения поведения; методы поддержки; методы, способствующие активизации сознания.

3. Заключительный

Проводится оценка эффективности проведенной психокоррекции, выдача рекомендаций, создание мотивации на дальнейшие занятия в группе в амбулаторных условиях.

Схема занятия в психокоррекционной группе

1. Стадия разогрева, которая включает в себя:
 - А) упражнение-энергизаторы, повышающие настроение и энергетику в группе, отключающие от тревог и забот;
 - Б) упражнения, мотивирующие на проживание, изучение темы занятия.
2. Стадия действия, которая предполагает проведение 1-2 крупных упражнения, непосредственно связанных с темой занятия.
3. Стадия – рефлексный круг – направлена на помощь подростку в осознании полученного опыта.
4. Стадия – психофизическая гимнастика.
5. Домашнее задание.

Одно занятие рассчитано примерно на 45 минут. Представленная программа включает 6 тем, которые рассчитаны на 8 занятий, они проводятся 2-3 раза в неделю.

Занятие №1

Тема: «Я, ты, он, она...» Знакомство.

Цели: введение участников в контекст групповой тренинговой работы; установление правил работы в группе; знакомство друг с другом; создание атмосферы доверия и безопасности.

План

1. Информирование участников группы о целях и возможных результатах тренинговой формы работы.
2. Обсуждение формы занятий «Почему мы делаем визитки, сидим по кругу и т. д.». Особое внимание уделяется структуре работы.
3. Знакомство: образование микрогрупп из участников по какому-либо признаку (например, знаки зодиака и т. д.). В микрогруппе подростки выясняют, что их объединяет, какое качество. Затем разыгрывают сценку, где оно проявляется, и называют его.
4. Введение правил группы: конфиденциальность; активность; не нанесение физического вреда; уважение к чужому мнению; право одного голоса; стремление понять другого человека; добровольность участия.
5. Итоговый круг.
Рефлексия. Что было особенно интересно, важно на занятии.
6. Психофизическая гимнастика: а) разминка, которая включает в себя самомассаж, как бы умываясь, лица, рук, поглаживание по часовой стрелке груди, живота, спины в области почек, ног (по 15 сек), б) упражнение «Лев» (сесть на колени, высунуть язык как можно больше и сидеть, растопырив пальцы и проговаривая про себя, что это для улучшения профилактики простудных заболеваний) 60 сек, в) аутогенная тренировка по типу релаксации с вызыванием тепла в области почек и поясницы.
7. Домашнее задание: повторить гимнастику перед сном.

Занятие №2

Тема: «Обучение навыкам невербального общения»

Цели: ознакомление с эмоциями; вербальное и невербальное общение с чувствами; развитие психологической наблюдательности; отреагирование негативного опыта; продолжение обучения приемам психической саморегуляции.

План

1. Упражнение-энергизатор. Участники в общем кругу приветствуют друг друга со словами и без слов, стараясь выразить при этом свое настроение. Обсуждение: чем

отличались эти приветствия от обычных, какую информацию мы получаем о человеке в общении через слова, а какую через невербальные проявления.

2. Раздаются карточки с названием чувств (радость, огорчение, обида, страх, гнев, восхищение, удивление, нетерпение, смущение и т. д.), их не надо показывать окружающим. В центре очерчивается круг, который будет постаментом. Каждому из участников группы предлагается встать на постамент и изобразить «памятник» тому чувству, которое написано на карточке. Задача группы отгадать, «памятник» какому чувству они видят.

Объясните, как вы понимаете слова, указанные на карточке. Опишите, что значат эти чувства, в каких жизненных ситуациях они могут возникать. Вспомните какие-нибудь ситуации из вашей жизни, когда у вас возникали эти чувства. Расскажите об этом.

3. Ведущий информирует участников о значении поз, мимики, жестов и их роли в общении.

4. Итоговый круг.

Рефлексия. Участникам предлагается закончить фразы «Новым для меня оказалось...», «Самым ценным для меня было...».

5. Психофизическая гимнастика.

6. Домашнее задание: повторить психофизическую гимнастику перед сном.

Занятие №3

Продолжение темы: «Общение без слов»

Цели: углубление представлений о невербальном общении; позиции в общении и дистанция; тренировка умения отслеживать свои эмоциональные состояния и состояния партнера.

План

1. Упражнение-энергизатор. Участники группы получают карточки, где каждому предлагается произносить фразу, которую может составить группа (все произносят одно и то же), как: робот, влюбленный, директор школы, младенец и т. д. После можно коротко обсудить значение интонации в процессе диалога.

2. Упражнение «Позиции в общении». Участники группы делятся на пары и садятся друг против друга. По инструкции ведущего один из пары в ходе диалога меняет свое положение. Варианты позиций для одного из говорящих: стоя, сесть рядом, присесть на корточки, отойти на два шага, отвернуться и т. д. Обсуждение в общем кругу: члены группы делятся своими впечатлениями о наиболее комфортных и дискомфортных положениях и чувствах в ходе диалога.

3. Ведущий информирует о трех основных позициях в общении - «сверху», «снизу», «на равных».

4. Групповая дискуссия: с кем и когда мы чувствуем себя в позиции превосходства, то есть «сверху». Какие чувства мы при этом испытываем. С кем и когда мы чувствуем себя в позиции «снизу»: неловко, неуверенно, униженно. В чем особенности позиции «на равных».

5. Обобщение впечатлений по теме «Невербальное общение»

6. Итоговый круг. В одной фразе отразить самое важное по изученной теме и невербально показать, используя мимику и жесты, настроение в конце занятия.

7. Аутогенная тренировка.

8. Домашнее задание:- психофизическая гимнастика.

Занятие №4

Тема: «Что такое агрессия?»

Цели: предоставление информации о том, что такое агрессия; обучение эмоциональной экспрессии.

План

1. Упражнение-энергизатор «Дорога агрессии», в котором используются: - параллоновые палки, - ракетки с мячами, - пирамида из жестяных банок, - дротик и надувной шар, - выбивалка и подушка, - мягкая глина и деревянный молоток, - пенек, гвозди и молоток, - палки из бумаги. Каждый из участников группы проходит по этой «дороге агрессии».

2. Участникам предлагается ответить на вопросы: как это было сейчас (опыт) и как это было в моей жизни (предыдущий опыт).

3. Ведущий информирует, что есть чувство любви и чувство агрессии. Агрессия – это желание разрушать, ярость, злость. Это инстинкт человека, его естественная потребность. Каждому человеку от природы дана агрессивная энергия. Однако разные люди используют ее по разному. Одни, чтобы созидать (конструктивная), другие – чтобы уничтожать (деструктивная). Конструктивная энергия – это активность, стремление к достижениям, защита себя и других, завоевание свободы, защита собственного достоинства.

Деструктивная энергия – это насилие, жестокость, злоба, самообвинение. Очень важно распознать свои агрессивные импульсы, управлять ими, направлять в желаемое русло, не причиняя вреда окружающим людям страдания и боль, но я не говорил, чтобы ты никогда не шипела и не отпугивала их».

Мораль: нет ничего страшного в том, чтобы шипеть на нехорошего человека или врага, показывая, что вы можете постоять за себя и знаете, как противостоять злу, не причиняя зло в ответ.

4. Ведущий предлагает познакомиться с одним из «безвредных» способов разрядки собственного гнева и агрессивности.

Сядьте поудобней, расслабьтесь, глубоко вдохните 3-4 раза и закройте глаза. Представьте, что вы попали на небольшую выставку. На ней выставлены фотографии людей, на которых вы разгневаны, которые вызывают у вас злость, которые вас обидели или поступили с вами несправедливо. Походите по этой выставке, выберите любой из них и остановитесь у него. Постарайтесь вспомнить конфликтную ситуацию, связанную с этим человеком. Постарайтесь мысленным взором увидеть самого себя в этой ситуации.

Представьте, что вы выражаете свои чувства человеку, на которого разгневаны. Не сдерживайте своих чувств, не стесняйтесь в выражениях, говорите ему все, что хотите. Представьте, что вы делаете этому человеку все, к чему побуждают ваши чувства. Не сдерживайте свои действия, делайте все, что вам хочется сделать этому человеку.

Если вы закончили это упражнение, дайте знак – кивните головой. 3-4 раза вдохните и откройте глаза.

4. Ведущий предлагает поделиться своим опытом. Что легко, что трудно делать в этом упражнении? Что понравилось, что не понравилось? Кто из окружающих вошел в вашу галерею? На ком вы остановились? Какую ситуацию представили? Расскажите о ней. Как менялось ваше состояние в процессе упражнения? Чем отличаются чувства в начале и конце упражнения?

5. Упражнение-энергизатор из предыдущего занятия по выбору. Оно повышает настроение, снимает усталость после аналитической работы.

6. Обобщение впечатлений по теме: «Агрессия».

7. Итоговый круг. Участникам *предлагается* высказать, чем интересен был полученный опыт, когда можно его применять.

8. Аутогенная тренировка.

9. Домашнее задание: психофизическая гимнастика.

Занятие №5

Тема: «Мое прошлое и настоящее. Проектирование будущего».

Цели: осознание своего прошлого и происходящих с ним изменений в настоящем; осознание подростками своих прав и обязанностей в настоящем; построение будущего через планирование и фантазирование, интеграция его с настоящим.

План

1. Упражнение-энергизатор. Каждый участник по кругу изображает какое-либо дело, которое ему приходится выполнять чаще всего. Другие участники угадывают, что изображается.

2. Упражнение «Когда мне было...». В микрогруппах предлагается обсудить свои обязанности в 5 лет, 8, 11 и в настоящее время. Можно отметить какие происходят физические, психические и социальные изменения с возрастом. Как представляют себе права подростки сегодня.

3. Ведущий информирует о правах человека.

4. Один из участников усаживается на «горячий стул».

Посмотрите на человека на стуле. Постарайтесь описать и высказать свои предположения относительно его будущего. Итак каким этот человек видится вам через 5 лет, как он изменится, что с ним произойдет? Где он будет учиться или работать, во что одет и т. д. Мнения могут быть самыми различными. После того как группа выскажется, психолог задает вопрос сидящему на стуле:

«А каким вам видится ваше будущее? Расскажите о нем. Чего вы ждете от своего будущего? Чего вы опасаетесь в будущем?».

5. Обсуждение. Что вы чувствовали, о чем вы думали, что хотелось сделать, сидя на стуле? Какие чувства и мысли вызывали высказывания членов группы о предполагаемом вашем будущем?

6. Итоговый круг. Чем интересен был полученный опыт? Закончить фразу: «Чтобы завтра я мог быть...сегодня я должен...».

7. Психофизическая гимнастика.

8. Домашнее задание: психофизическая гимнастика.

Занятие №6

Тема: «Есть проблема. Где ресурс?»

Цели: анализ участниками собственных способов преодоления препятствий; осознание наиболее проблемной зоны в данный момент жизни; получения участниками способа нахождения ресурсов для решения своей проблемы и повышение уверенности в себе.

План

1. Упражнение-энергизатор «Тропа препятствий». Участники встают в шеренгу, образуя своими телами воображаемые деревья, корни, скалистые выступы. Каждый поочередно должен преодолеть эти препятствия, не упав в «пропасть». В конце упражнения обсудить чувства во время перехода тропы, а также то, насколько это похоже на преодоление препятствий в их жизни.

2. Упражнение «Моя проблема». Участникам предлагается подумать о том, какая проблема сейчас наиболее остро стоит в их жизни. Затем придумать образ этой проблемы по принципу «На что похожа моя проблема». Подростки могут поделиться в кругу по желанию своими образами или тем, про что они думали.

3. Упражнение на поиск ресурсов по решению проблемы. Ведущий говорит такие слова: «Это волшебный стул, он мудр, может ответить на любой вопрос или помочь решить волнующую проблему». Участник вслух обращается к стулу; затем он сам садится на этот стул, становясь мудрым волшебным стулом, и отвечает на вопрос. Ведущий может уточнить, доволен ли участник ответом, если нет, то он может еще раз побывать на волшебном стуле.

4. Подростки могут поделиться в кругу, что помогло им решить проблему, рассказать о найденных ресурсах (рефлексивный этап).
5. «Воображаемое путешествие».

Занятие №7

Тема: Заключительное занятие. Подведение итогов.

Цели: анализ и интеграция полученного опыта; - осознание себя целым и частью группы; функциональная тренировка поведения, повышающая ресурсы, в основе которой лежит метод незаконченных предложений.

План

1. Упражнение «Линия времени». Ведущий готовит листы бумаги, на каждом из которых стоит ключевое слово темы. Листы раскладываются на полу в «линию времени». Ведущий предлагает пройти по этой «линии», вспоминая при этом, что происходило на занятиях, что запомнилось. Упражнение помогает осознать свой индивидуальный путь в группе, изменения, которые проделала группа в целом.

2. Упражнение «Я и моя группа». Участникам группы предлагается нарисовать рисунок на тему «Я и моя группа» с условием стараться как можно меньше разговаривать.

3. Когда рисунки закончены, в общем кругу подросткам предлагается поделиться чувствами, отраженными в рисунке, и впечатлениями от посещения занятий, сформулировать, что самое важное они уносят с собой.

4. Упражнение-энергизатор. Желательно, чтобы это было упражнение, которое больше всего понравилось и запомнилось.

4. Участникам предлагается закончить предложения:

Я заслуживаю ... Я умею... Я научился говорить нет... Я могу выразить чувства... У меня есть право на отказ... У меня достаточно силы для... У меня есть талант... Мне хорошо иметь... Я знаю, как сделать... Я прощаю себя за... У меня много... Моя мать одобряет меня... Мои друзья одобряют меня... ...улучшает мою коммуникабельность и чувство юмора. ...увеличивает мою свободу. ...доказывает, что я хороший человек. Я знаю, что я буду... В этой жизни хорошо... Сейчас самое время для меня... Группа помогает мне осознать...

6. Психологическая гимнастика.

7. Домашнее задание: стараться регулярно выполнять психологическую гимнастику и применять в жизни, полученный в ходе тренинга, опыт.