

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
(ФГБОУ ВО «АмГУ»)

**ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ И ИХ КОРРЕКЦИЯ В ДЕТСКОМ,
ПОДРОСТКОВОМ И ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ**
сборник учебно-методических материалов
для специальности 37.05.01 – Клиническая психология

Благовещенск, 2017

*Печатается по решению
редакционно-издательского совета
факультета социальных наук
Амурского государственного
университета*

Составитель: Закаблук А.Г.

Эмоциональные нарушения и их коррекция в детском, подростковом и юношеском возрасте: сборник учебно-методических материалов для специальности 37.05.01 Клиническая психология. – Благовещенск: Амурский гос. ун-т, 2017. – 89 с.

© Амурский государственный университет, 2017

© Кафедра психологии и педагогики, 2017

© Закаблук А.Г., составление

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|---|----|
| 1. Краткое изложение лекционного материала | 4 |
| 2. Методические рекомендации (указания) к практическим занятиям | 83 |
| 3. Методические указания для самостоятельной работы студентов | 87 |

1. КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ ЛЕКЦИОННОГО МАТЕРИАЛА

Тема 1. Понятие и структура базальной эмоциональной регуляции в норме и патологии.

Базальная структура эмоциональной регуляции. Морфологический субстрат эмоциональной регуляции. Связь эмоций с инстинктами и влечениями. Роль безусловных рефлексов в функционировании эмоций. Роль памяти и речи в эмоциональной регуляции. Регуляторная функция эмоциональной системы. Афферентное и эфферентное звенья эмоциональной системы. Роль когнитивной и эмоциональной систем в обеспечении ориентировки в окружающем мире. Потребность организма в поддержании активных (стенических) состояний и эмоциональное тонизирование. Оптимальный уровень тонизирования. Патология эмоций и первичные нарушения нейродинамики. Явления гипо- и гипердинамии. Уровень нарушения, определяющий качество патологического процесса. Проблема определения границы, отделяющей физиологическое напряжение, свойственное нормальному процессу, от патологического, ведущего к невозможным энергетическим тратам. Уровни базальной системы эмоциональной регуляции. Уровень полевой реактивности. Уровень стереотипов. Уровень экспансии. Уровень эмоционального контроля.

В своих базальных основах эмоции связаны с инстинктами и влечениями, а в наиболее примитивных формах функционируют даже по механизму безусловных рефлексов.

Этот примитивный характер эмоционального реагирования в нормальном развитии не всегда выступает достаточно отчетливо. Патологические же случаи дают много примеров влияния элементарных эмоций на поведение. В ходе нормального онтогенеза ранние формы аффективного реагирования включаются в более сложные.

Особая роль в этом процессе принадлежит памяти и речи. Память создает условия для сохранения следов эмоциональных переживаний. В результате не только актуальные события, но и прошлое (а на основании их - и будущее) начинают вызывать эмоциональный резонанс. Речь в свою очередь обозначает, дифференцирует и обобщает эмоциональные переживания. Благодаря включению эмоций в речевые процессы первые теряют в своей яркости, непосредственности, зато выигрывают в осознанности, в возможности их интеллектуализации.

Эмоциональная система является одной из основных регуляторных систем, обеспечивающих активные формы жизнедеятельности организма.

Как любая система регуляции, эмоциональная регуляция состоит из афферентного и эфферентного звеньев. Ее афферентное звено одной стороной обращено к процессам, происходящим во внутренней среде организма, другой - к внешней.

Из внутренней среды она получает информацию об общем состоянии организма (которое расценивается глобально как комфортное или дискомфортное), о физиологических потребностях. Наряду с этой постоянной информацией в экстремальных, часто патологических случаях возникают реакции на сигналы, обычно не достигающие до уровня эмоциональной оценки. Эти сигналы, часто связанные с витальным неблагополучием отдельных органов, вызывают состояния беспокойства, тревоги, страха и т. п.

Что касается информации, поступающей из внешней среды, то афферентное звено эмоциональной системы чувствительно к тем ее параметрам, которые непосредственно сигнализируют о возможности в настоящем или будущем удовлетворения актуальных потребностей, а также реагирует на любые изменения внешней среды, несущие угрозу или ее возможность в будущем. В круге явлений, чреватых опасностью, учитывается также информация, синтезируемая когнитивными системами: возможности сдвига среды в сторону неустойчивости, неопределенности, информационного дефицита.

Таким образом, когнитивная и эмоциональная системы совместно обеспечивают ориентировку в окружающем.

При этом каждая из них вносит свой особый вклад в решение этой задачи.

По сравнению с когнитивной эмоциональная информация менее структурирована. Эмоции являются своеобразным стимулятором ассоциаций из разных, порой не связанных друг с другом областей опыта, что способствует быстрому обогащению исходной информации. Это система «быстрого реагирования» на любые важные с точки зрения потребности сферы изменения внешней среды.

Параметры, на которые опираются, когнитивная и эмоциональная системы при построении образа окружающего, часто не совпадают. Так, например, интонация, недружелюбное выражение глаз с точки зрения аффективного кода имеют большее значение, чем противоречащие этому недружелюбию высказывания. Интонация, выражение лица, жесты и другие паралингвистические факторы могут выступать как более значимая информация для принятия решения.

Несовпадения когнитивных и эмоциональных оценок окружающего, большая субъективность последних создают условия для различных трансформаций, приписывания окружающему новых значений, сдвигов в область ирреального. Благодаря этому в случае чрезмерного давления окружающего эмоциональная система осуществляет также защитные функции.

Эфферентное звено эмоциональной регуляции обладает небольшим набором внешних форм активности: это различные виды выразительных движений (мимика, экспрессивные движения конечностей и тела), тембр и громкость голоса.

Основной же вклад эфферентного звена - участие в регуляции тонической стороны психической деятельности. Положительные эмоции повышают психическую активность, обеспечивают «настроенность» на решение той или иной задачи. Отрицательные эмоции, чаще всего снижая психический тонус, обуславливают в основном пассивные способы защиты. Но ряд отрицательных эмоций, таких как гнев, ярость, активно усиливают защитные возможности организма, в том числе на физиологическом уровне (повышение мышечного тонуса, артериального давления, увеличение вязкости крови и т. д.).

Очень важно, что одновременно с регуляцией тонуса других психических процессов происходит тонизация и отдельных звеньев самой эмоциональной системы. Благодаря этому обеспечивается стабильная активность тех эмоций, которые в данный момент доминируют в аффективном состоянии.

Активация одних эмоций может облегчить протекание других, не поддающихся в данный момент непосредственному воздействию. И наоборот, одни эмоции могут оказывать тормозящее влияние на другие. Это явление широко используется в практике психотерапии. При столкновении разных по знаку эмоций («эмоциональный контраст») увеличивается яркость положительных эмоциональных переживаний. Так, сочетание небольшого страха с ощущением безопасности используется во многих детских играх (подбрасывание ребенка взрослым кверху, катание с гор, прыжки с высоты и т. д.). Такие «качели», по-видимому, не только активизируют эмоциональную сферу, но и являются своеобразным приемом ее «закаливания».

Потребность организма в поддержании активных (стенических) состояний обеспечивается постоянным эмоциональным тонизированием. Поэтому в процессе психического развития создаются и совершенствуются различные психотехнические средства, направленные на превалирование стенических эмоций над астеническими.

В норме существует баланс тонизирования внешней средой и аутостимуляцией. В условиях, когда внешняя среда бедна, однообразна, возрастает роль аутостимуляции и, наоборот, доля ее уменьшается в условиях разнообразия внешних эмоциональных стимулов. Одним из наиболее сложных вопросов психотерапии является выбор оптимального уровня тонизирования, при котором эмоциональные реакции протекали бы в заданном русле. Слабая стимуляция может оказаться малоэффективной, а сверхсильная может негативно изменить весь ход эмоционального процесса.

Особенно важен этот момент в патологии, где наблюдаются первичные нарушения нейродинамики. Явления гипо- и гипердинамии дезорганизуют эмоциональную регуляцию,

лишают ее устойчивости и избирательности. Нарушения нейродинамики прежде всего отражаются на настроении, являющемся фоном для протекания отдельных эмоций. Для пониженного настроения характерны астенические эмоции, патологически повышенного - стенические.

Также важен уровень нарушения, определяющий качество патологического процесса.

Так, при явлениях гипердинамики патологические эмоции имеют стенический характер (проявления бурной радости, либо гнева, ярости, агрессии и т. д.).

В крайних вариантах гипердинамики можно предположить как бы «отнимание» энергии у других психических систем. Это явление имеет место при кратковременных сверхсильных эмоциях, сопровождающихся сужением сознания, нарушением ориентировки в окружающем. В патологии такие нарушения могут носить и более длительный характер.

Слабость (гиподинамия) нейродинамического процесса прежде всего будет проявляться на корковом (наиболее энергоемком) уровне в виде эмоциональной лабильности, быстрой пресыщаемости. В более тяжелых случаях центр тяжести нарушений перемещается с высших на базальные центры, которые уже не в состоянии поддерживать собственную энергетику на нужном уровне. В этих случаях на угрозу витальным константам организма эмоциональная система отвечает тревогой, страхом.

Возникновение таких кризисных явлений наблюдается при различной патологии, особенно часто - при длительной психогенной травматизации.

По Дж. Каплану, реакция на затяжную психогенную ситуацию разворачивается по изв. Эмоциональные процессы, как и условно-рефлекторные, постоянно находятся в динамике. Одни раздражители добавляются - другие исчезают. «Застывшего» условного рефлекса, эмоциональной реакции - в природе не существует. Скорее, обычное эмоциональное состояние - это упрочнённые актуальные условные связи с признаками генерализации, когда условную эмоциональную реакцию начинают вызывать новые (похожие на старые) и некоторые обстановочные условные сигналы, а также происходит затормаживание новых и растормаживание старых (ранее заторможенных) условных связей.

Болевая реакция, как безусловный рефлекс, предметна в своей физиологической конкретности. Но со временем появляются признаки генерализации, что будет проявляться реакцией на обстановку состоянием тревоги (предметность, переходящая в ситуацию).

При упрочнении одной из условных связей и затормаживании других (обстановочных), возникает отрицательная эмоция, как реакция на этот условный сигнал (ситуация опять становится преимущественно предметной) - это признак смещения.

Сильная отрицательная эмоция, психическая травма могут приобретать некоторые свойства безусловного рефлекса, способны вторично вызывать генерализацию - образовывать обстановочные связи и выделять среди них один условный сигнал. То есть за смещением может последовать ещё одно смещение (ситуация с затормаживанием обстановочных рефлексов также становится преимущественно предметной).

Далее, отрицательная эмоция опять «обрастает» обстановочными рефлексами (реакциями), которые затормаживаясь и «накапливаясь», влияют на силу проявления основной эмоциональной реакции. В какой-то момент, преобладание сигналов заторможенных обстановочных рефлексов при ослаблении условного сигнала приводит к тому, что знак эмоции меняется на положительный (предметность опять сменяется ситуативностью, но предмет в ситуации тот же) - это признак инверсии.

Особая роль в процессе эмоциональной регуляции принадлежит памяти и речи. Память создает условия для сохранения следов эмоциональных переживаний. В результате не только актуальные события, но и прошлое (а на основании их - и будущее) начинают вызывать эмоциональный резонанс. Речь, в свою очередь, обозначает, дифференцирует и обобщает эмоциональные переживания, в результате чего эмоции теряют в своей яркости, непосредственности, зато выигрывают в возможности их интеллектуализации, осознанности.

Регуляторная функция эмоций выражается в том, что стойкие переживания направляют наше поведение, поддерживают его, заставляют преодолевать встречающиеся на пути

препятствия. Регулятивные механизмы эмоций снимают избыток эмоционального возбуждения. Когда эмоции достигают крайнего напряжения, происходит их трансформация в такие процессы, как выделение слезной жидкости, сокращение мимической и дыхательной мускулатуры (плач).

Уровень полевой реактивности. Участвует в решении базальных задач адаптации организма к внешнему миру. Смысл этого уровня – организация аффективной преднастройки организма к активному контакту с окружающим миром. Эта форма аффективной оценки ограничена непосредственной ситуацией, наименее энергоемка, но адекватна для решения определенного круга задач. Организм реагирует лишь на интенсивность воздействий внешнего мира, не оценивая качество воздействия.

Этот уровень является наиболее «примитивным» механизмом регуляции, но во многом определяет человеческое поведение в среде, обеспечивая индивиду безопасность и эмоциональный комфорт. В то же время первый уровень вносит важный вклад в процесс творческого решения тех или иных задач. Он обеспечивает ощущение результата как наития, где красота и гармония являются первым сигналом правильности принятого решения.

Аффективно значимыми на этом уровне являются оценка динамики интенсивности внешних воздействий: движения, изменения пространственных соотношений в окружающем.

Именно на этом уровне начинают формироваться собственные психотехнические приемы стабилизации аффективной жизни (душевного равновесия).

Уровень стереотипов. На этом уровне происходит углубление аффективного контакта со средой.

В раннем возрасте этот уровень играет важнейшую роль в отработке приспособительных реакций ребенка – пищевых, оборонительных, установления физического контакта с матерью. В дальнейшем он становится компонентом сложных форм адаптации, которые определяют полноту и своеобразие чувственной жизни человека.

Одной из задач этого уровня является регуляция процесса удовлетворения витальных потребностей. Уровень аффективных стереотипов устанавливает контроль за функциями организма, упорядочивает психосоматические ощущения и связывает последние с внешними сигналами. Итогом развития этого уровня является адаптация субъекта к окружающему миру, выработка аффективных стереотипов сенсорного контакта с ним; создание специфической тонизации всей психической деятельности ребенка.

Важной характеристикой этого уровня является непереносимость, неприятие впечатлений, связанных с изменениями условий жизни. Можно сказать, что именно здесь закладываются основы формирования индивидуальности человека. Аффективные стереотипы являются фоновым обеспечением наиболее сложных форм поведения человека. Эти стереотипы задают аффективный смысл поведению.

Уровень экспансии. Обеспечение активной адаптации к изменяющимся условиям внешней среды, достижение аффективно значимых целей через преодоление неожиданных препятствий происходит на третьем уровне аффективной регуляции. Приспособительной, смысловой задачей этого уровня является овладение неизвестной (следовательно, опасной) ситуацией; поиск путей преодоления трудностей; получение положительных тонизирующих переживаний, если преодоление удалось.

Этот уровень позволяет ребенку адекватно оценивать свои силы, рождает потребность в столкновении с препятствием, а также дает информацию о границах собственных возможностей. Подобные аффективные переживания отличаются большой силой и напряженностью.

Уровень эмоционального контроля. Смысловой задачей этого «главенствующего» уровня является налаживание эмоционального взаимодействия с другими людьми: формирование правил, норм взаимодействия с ними. С помощью этого уровня обеспечивается контроль социума над индивидуальной аффективной жизнью, она приводится в соответствие с требованиями и нуждами окружающих.

Этот уровень дает возможность выделить аффективные проявления другого человека как сигналы, наиболее значимые для адаптации к окружающему. Значимыми сигналами становятся лицо человека, его мимика, взгляд, голос, интонация, прикосновение, жест. Такая ориентировка позволяет оценить возможные эмоциональные последствия собственного поступка. Положительно здесь оценивается одобрение людей, отрицательно – их негативная реакция.

Этот уровень реально опирается на аффективный опыт других людей, стабильно обеспечивает адекватную реакцию на их оценку, и это является основой для возникновения эмоционального контроля человека над своим поведением – радость от похвалы и огорчение от неприятия. Именно здесь формируется самоощущение, окрашенное эмоциональными оценками других людей, и создаются предпосылки развития самооценки.

Индивидуальный эмоциональный опыт фиксирует запреты и предпочтительные формы контакта с другими людьми. Этот уровень создает образ надежного, стабильного окружающего мира, в котором существуют эмоциональные правила поведения для всех. В случае неудачи субъект обычно уже не реагирует ни уходом, ни направленной агрессией – он обращается за помощью к другим людям.

Тема 2. Формирование эмоциональной регуляции в онтогенезе.

Врожденные предпосылки становления системы эмоциональной регуляции. Порядок включения уровней аффективной организации в раннем онтогенезе. Включение уровней полевой реактивности и экспансии в первый год жизни ребенка. Роль отношений с матерью и близкими взрослыми в аффективной адаптации ребенка на ранних этапах онтогенеза. Первый кризис эмоционального развития ребенка. Эмоциональные реакции кризиса 3 лет. Слишком большая пассивность и «послушность» ребенка как сигнал нарушения нормального аффективного развития. Развитие эмоциональной сферы дошкольника. Кризис семи лет и появление внутренней жизни. Специфика эмоций младшего школьника. Эмоциональная окраска предподросткового кризиса. Эмоции и самооценка. Гормональный фон подростка и его отражение в эмоциях. Эмоциональная регуляция в юношеском возрасте.

В психическом развитии ребенка есть период наибольшей нагрузки на аффективную систему. Это период с рождения до трех лет. В последующие возрастные периоды роль аффективной регуляции также велика, однако именно в раннем возрасте неблагополучие в аффективной сфере является наиболее злокачественным для психического и психосоматического развития ребенка,

Как известному человеку морфологическим субстратом эмоциональной регуляции являются древние (подкорковые) и наиболее поздно возникшие (лобные) образования головного мозга. В эволюционном плане систему эмоциональной регуляции можно сравнить с геологическими напластованиями, каждое из которых имеет свою структуру и функцию, Эти образования находятся в тесном взаимодействии друг с другом, образуя иерархически усложняющуюся систему уровней.

В своих базальных основах эмоции связаны с инстинктами и влечениями, а в наиболее примитивных формах функционируют даже по механизму безусловных рефлексов.

Этот примитивный характер эмоционального реагирования в нормальном развитии не всегда выступает достаточно отчетливо. Патологические же случаи дают много примеров влияния элементарных эмоций на поведение. В ходе нормального онтогенеза ранние формы аффективного реагирования включаются в более сложные.

Особая роль в этом процессе принадлежит памяти и речи; Память создает условия для сохранения следов эмоциональных переживаний. В результате не только актуальные события, но и прошлое (а на основании их – и будущее) начинают вызывать эмоциональный резонанс. Речь, в свою очередь, обозначает, дифференцирует и обобщает эмоциональные переживания, в результате чего эмоции теряют в своей яркости, непосредственности, зато выигрывают в возможности их интеллектуализации, осознанности.

Как любая система регуляции, система эмоциональной регуляции включает в себя воспринимающее и исполнительное звенья.

Из внутренней среды она получает информацию об общем состоянии организма (которое расценивается глобально как комфортное или дискомфортное), о физиологических потребностях. Наряду с этой постоянной информацией в экстремальных, часто патологических, случаях возникают эмоциональные реакции на сигналы, обычно не достигающие до уровня эмоциональной оценки. Эти сигналы, часто связанные с неблагополучием отдельных органов, вызывают состояния страха, тревоги.

Что касается информации, поступающей из внешней среды, то афферентное звено эмоциональной системы чувствительно к тем ее параметрам, которые непосредственно сигнализируют о возможности в настоящем или будущем удовлетворения актуальных потребностей, а также реагирует на любые изменения внешней среды, несущие угрозу или ее возможность в будущем. В круге явлений, чреватых опасностью, учитывается также информация, синтезируемая когнитивными системами: возможности сдвига среды в сторону неустойчивости, неопределенности, информационного дефицита.

Таким образом, эмоциональная и когнитивная системы совместно обеспечивают ориентировку в окружающем.

При этом каждая из них вносит свой особый вклад в решение этой задачи.

По сравнению с когнитивной эмоциональная информация менее структурирована. Эмоции являются своеобразным стимулятором ассоциаций из разных, порой не связанных друг с другом областей опыта, что способствует быстрому обогащению исходной информации. Это система «быстрого реагирования» на любые важные с точки зрения потребностной сферы изменения внешней среды.

Параметры, на которые опираются когнитивная и эмоциональная системы при построении образа окружающего, не совпадают. Так, например, интонация, недружелюбное выражение глаз с точки зрения аффективного кода имеют большее значение, чем противоречащие этому недружелюбию высказывания. Интонация, выражение лица, жесты и другие паралингвистические факторы могут выступать как более значимая информация для принятия решения.

Несовпадения когнитивных и эмоциональных оценок окружающего, большая субъективность последних создают условия для различных трансформаций, приписывания окружающему новых значений, сдвигов в область ирреального. Благодаря этому в случае чрезмерного давления окружающего эмоциональная система осуществляет защитные функции.

Исполнительное звено эмоциональной регуляции обладает небольшим набором внешних форм активности: это различные виды изобразительных движений (мимика, экспрессивные движения конечностей и тела), тембр и громкость голоса.

Основной же вклад исполнительного звена – участие в регуляции тонической стороны психической деятельности. Положительные эмоции повышают психическую активность, обеспечивают «настроенность» на решение той или иной задачи. Отрицательные эмоции, чаще всего снижая психический тонус, обуславливают в основном пассивные способы защиты. Но ряд отрицательных эмоций, такие, как гнев, ярость, усиливают защитные возможности организма, в том числе на физиологическом уровне (повышение мышечного тонуса, артериального давления, увеличение вязкости крови).

Очень важно, что одновременно с регуляцией тонуса других психических процессов происходит тонизация и отдельных звеньев самой эмоциональной системы. Благодаря этому обеспечивается стабильная активность тех эмоций, которые в данный момент доминируют в аффективном состоянии.

Активизация одних эмоций может облегчить или затормозить протекание других. Например, радость повышает интерес, в свою очередь, интерес подавляет страх.

При столкновении разных по знаку эмоций («эмоциональный контраст») увеличивается яркость положительных эмоциональных переживаний. Так, сочетание легкого страха с

ощущением без опасности используется во многих детских играх (подбрасывание ребенка взрослым кверху, катание с гор, прыжки с высоты). Такие «качели», по-видимому, не только активизируют эмоциональную сферу, но и являются своеобразным приемом ее «закаливания».

Потребность организма в поддержании активных (стенических) состояний обеспечивается постоянным эмоциональным тонизированием. Поэтому в процессе психического развития создаются и совершенствуются различные психотехнические средства, направленные на превалирование стенических эмоций над астеническими.

Порядок включения уровней аффективной организации в раннем онтогенезе. Первоначально уровни начинают функционировать не одновременно. Порядок их включения в раннем онтогенезе обуславливается прежде всего необходимой последовательностью решения ряда этологических задач, закономерно встающих по мере психофизического созревания ребенка, развития и усложнения его контактов с окружающим миром. На каждом очередном этапе развития и адаптации к окружающему в качестве ведущего, главного в регуляции поведения может выступать новый уровень.

В первые месяцы жизни ребенка наибольшее значение имеет обеспечение основных стабильных связей с окружающим миром (второй и четвертый уровни регуляции). По мере развития ребенка, увеличения его активности, самостоятельности в контактах с окружением, большей вариативности ситуаций, к которым надо приспособиться, к концу первого года жизни возникает необходимость активного включения в регуляцию поведения уровней, приспособляющихся к меняющимся условиям. Этот переход от доминирования одних способов адаптации к другим не может происходить совсем безболезненно. Он отражается во временной аффективной нестабильности ребенка, в усилении его тревожности, страхов.

При ведущей роли уровня, наиболее зрелого и адекватного на данном этапе, в его «обслуживание» включаются механизмы аффективной регуляции и других уровней. Выполнив свою ближайшую этологическую задачу и уступив ведущую роль в поведенческой адаптации другому, каждый уровень продолжает развивать свои аффективные механизмы, вступая в сложные отношения с другими уровнями.

Уровень полевой реактивности участвует в решении наиболее базальных задач защиты организма от влияния внешней среды. Его смыслом является организация аффективной преднастройки к активному контакту с окружающим: наиболее примитивная оценка самой возможности контакта с внешним миром. Аффективное переживание на этом уровне, не имея еще положительной или отрицательной окраски, связано с общим ощущением комфорта или дискомфорта в психическом поле. Эта форма примитивной аффективной оценки ограничена непосредственной ситуацией, наименее энергоемка, но адекватна для решения определенного круга задач. Реагируя лишь на интенсивность, уровень полевой реактивности не оценивает качества воздействия, но реагирует, как это следует из самого названия, на «интенсивность психологического поля» в целом. Характерно, что, являясь наиболее примитивным механизмом регуляции, этот уровень во многом определяет человеческое поведение в среде, обеспечивая индивиду безопасность и эмоциональный комфорт. В то же время первый уровень вносит важный вклад в организацию процесса творческого решения задач. Он обеспечивает ощущение решения как наития, где ощущение красоты, гармонии решения является первым сигналом его правильности.

Аффективно значимыми на этом уровне являются впечатления динамики интенсивности внешних воздействий: движения, динамика интенсивности внешних воздействий, изменение пространственных соотношений в окружающем. В ситуации необходимости поддержания душевного равновесия, снятия напряжения на основе элементарных впечатлений именно на первом уровне начинают формироваться активные психотехнические приемы стабилизации аффективной жизни, которые в настоящее время все больше входят в состав различных психотерапевтических и психокоррекционных систем. Выполняя фоновые функции в осуществлении эмоционально-смысловой адаптации к окружающему, этот уровень обеспечивает тоническую регуляцию аффективных процессов.

Ребенок на ранних этапах развития зависим от матери не только физически, как от источника реализации всех его витальных потребностей в сытости, тепле, безопасности и т.д., но и как от регулятора его аффективного состояния: она может его успокоить, расслабить, взбодрить, утешить, увеличить выносливость и настроить на усложнение взаимоотношений с окружающим миром. Важнейшим условием для этого является возможность синхронизации эмоциональных состояний младенца и взрослого: заражения улыбкой, синтонности в настроении и переживании происходящего вокруг. Поэтому так важно для малыша спокойствие и уверенность в себе мамы, дающее ему ощущение надежности. Так реализуется первичная потребность ребенка в стабильности и эмоциональном комфорте (Э. Эриксон).

Для раннего возраста характерны яркие эмоциональные реакции, связанные с непосредственными желаниями ребенка. В конце этого периода, при приближении к кризису 3 лет, наблюдаются аффективные реакции на трудности, с которыми сталкивается ребенок. Он пытается что-то сделать самостоятельно, но у него ничего не получается или рядом в нужный момент не оказывается взрослого – некому прийти на помощь и сделать это вместе с ним. В такой ситуации вполне вероятна эмоциональная вспышка.

Аффективные вспышки лучше всего гасятся тогда, когда взрослые достаточно спокойно на них реагируют, а по возможности – вообще игнорируют. В противном случае особое внимание взрослых действует как положительное подкрепление: ребенок быстро замечает, что уговоры и прочие приятные моменты в общении с родственниками следуют за его слезами или злостью, и начинает капризничать чаще, чтобы этого добиться. Кроме того, ребенка раннего возраста легко отвлечь. Если он действительно расстроен, взрослому достаточно показать ему любимую или новую игрушку, предложить заняться с ним чем-то интересным – и ребенок, у которого одно желание легко сменяется другим, мгновенно переключается и с удовольствием занимается новым делом.

Кризис 3 лет – граница между ранним и дошкольным детством – один из наиболее трудных моментов в жизни ребенка. Признаки криза ребенка 3 лет:

1) Негативизм. Ребенок дает отрицательную реакцию не на само действие, которое он отказывается выполнять, а на требование или просьбу взрослого. Он не делает чего-то только потому, что это предложил ему определенный взрослый человек (ребенок игнорирует требования одного члена семьи или одной воспитательницы, а с другими достаточно послушен. Главный мотив действия – сделать наоборот, то есть прямо противоположное тому, что ему сказано).

2) Упрямство. Это реакция ребенка, который настаивает на чем-то не потому, что ему этого очень хочется, а потому, что он сам об этом сказал взрослым и требует, чтобы с его мнением считались.

3) Обесценивание. Этот признак особенно важен, так как будет присутствовать и в последующие годы, и в последующих переходных периодах. Обесценивается то, что было привычно, интересно, дорого раньше. Трехлетний ребенок может начать ругаться (обесцениваются старые правила поведения), отбросить или даже сломать любимую игрушку, предложенную не вовремя (обесцениваются старые привязанности к вещам).

4) Строптивость. Она близка к негативизму и упрямству, но направлена не против конкретного взрослого, а против принятых в семье норм поведения (порядков).

5) Своеволие – желание ребенка делать все самому. В 3 года малыш стремится к самостоятельности намерения (автономии).

6) Протест – бунт, который проявляется в частых ссорах с родителями.

7) Деспотизм – когда ребенок пытается диктовать свое поведение (если в семье один ребенок), проявляет деспотическую власть по отношению ко всему окружающему.

Слишком большая пассивность и «послушность» ребенка, по мнению В.В. Лебединского, может часто выступать в качестве сигнала нарушения нормального аффективного развития.

Особый период в развитии ребенка – это дошкольное детство. В этот период, дети не всегда могут понять чувства других, не осознают свое настроение и внутреннее состояние. Отсюда и возникают трудности в отношениях со взрослыми и сверстниками. Важную роль в жизни ребенка играют эмоции.

В настоящее время увеличивается число дошкольников с нарушениями в поведении и эмоционально-личностном развитии. Отмечается состояние эмоциональной напряженности, занижена самооценка, повышен уровень тревожности. Часто возникающие отрицательные ситуации, неумение справиться с возникшими проблемами, невнимательные окружающие все это приводит к нарушению эмоционального состояния у детей. Если вовремя не обратить внимание на нарушения в эмоциях, которые возникают у детей, то это может стать предпосылкой для психосоматических заболеваний, участившихся за последние годы. Надо заметить, что положительные эмоции приносят пользу для психического и физического развития.

Эмоциональное развитие детей до 3 лет достигает такого уровня, что они могут вести себя образцово. Но то, что у детей есть способность к так называемому хорошему поведению, еще не значит, что оно постоянно будет таким. Для этого возраста характерны резкие перепады настроений, т. к. их эмоциональное состояние зависит от физического комфорта. На настроение детей начинают влиять взаимоотношения со сверстниками и взрослыми. Малыши начинают оценивать поведение окружающих людей, появляется первичная самооценка «Я хороший», как правило, в этом возрасте она максимально завышена.

К 4-5 годам у детей снижена утомляемость, эмоциональный фон настроения становится более стабильным, дети становятся более выносливыми.

К 6-7 годам дети становятся, более сдержанны, сдерживают слезы, агрессию, скрывают свои страхи. Повышается самокритичность, самоконтроль, появляется чувство собственного достоинства, чувствительны к словам и их оттенкам, отношению к окружающим. Также ярко выражена потребность в признании, понимании, одобрении. В общении со сверстниками отношения становятся более гибкими. Авторитетом для подражания для девочек становится - мать, для мальчиков – отец. Идет постоянное сравнение поведения сверстников и родителей, нахождение соответствия и различий между ними.

Л. Ф. Обухова в качестве основной симптоматики кризиса семи лет отмечала следующее:

- утрата непосредственности, проявляющаяся в том, что между желанием и действием включается переживание значения данного действия для самого ребенка;
- манерничание, которое выражается в том, что ребенок что-то из себя строит, что-то скрывает;
- симптом «горькой конфеты»: ребенок старается не показывать, когда ему плохо.

Помимо этого, возникает трудновоспитуемость, поскольку ребенок начинает замыкаться и становится неуправляемым. Основой данных симптомов является обобщение переживаний. У старших дошкольников появляется новая внутренняя жизнь, новые переживания, которые прямо и непосредственно не отражаются на внешней деятельности, но данная внутренняя жизнь оказывает влияние на внешнюю. Появление внутренней жизни является важным показателем того, что теперь ориентация поведения будет происходить в рамках этой внутренней жизни.

Кризис семи лет характеризуется прежде всего утратой детской непосредственности. Ближайшая причина детской непосредственности, как указывал Л. С. Выготский, – недостаточная дифференцированность внутренней и внешней жизни. Переживания ребенка, его желания и выражение желаний, т.е. поведение и деятельность, обычно представляют у дошкольника еще недостаточно дифференцированное целое. В зрелом возрасте все это сильно дифференцировано, поэтому поведение взрослого человека не производит впечатления столь непосредственного и наивного, как поведение ребенка. Когда дошкольник вступает в кризис, самому неискушенному наблюдателю бросается в

глаза, что ребенок вдруг утрачивает наивность и непосредственность – в поведении, в отношениях с окружающими он становится не таким понятным во всех проявлениях, каким был до этого. Все знают, что семилетний ребенок быстро вытягивается в длину и это указывает на ряд изменений в организме. Данный возраст называется возрастом смены зубов, возрастом вытягивания. Действительно, ребенок резко изменяется, причем изменения носят более глубокий, более сложный характер, чем изменения, которые наблюдаются при кризисе трех лет.

Л. С. Выготский отметил некоторые особенности, которые часто наблюдаются почти у всех детей семилетнего возраста, особенно у тех, кто воспитывается в неблагоприятных семейных условиях и переживает возрастной кризис в остром виде. Внешней отличительной особенностью семилетнего ребенка является утрата детской непосредственности. В поведении ребенка появляется манерничество, капризность, вертлявость, паясничанье в виде клоунады, нарочитые, нелепые и искусственные поведенческие акты. Такое немотивированное паясничанье является ярко выраженным и сразу привлекает внимание взрослых. В поведении ребенка начинают проявляться не совсем понятные странности, вычурность, искусственность, манерность и натянутость поведения. Данные характеристики свидетельствуют о потере непосредственности и наивности, которые были типичны для дошкольного возраста.

Одной из наиболее существенных характеристик кризиса семи лет Л. С. Выготский считает начало дифференциации внутренней и внешней стороны личности ребенка. Наличие наивности и непосредственности является показателем того, что внешнее поведение ребенка соответствует его внутренней психической жизни. Внутреннее спокойно переходит во внешнее, которое может непосредственно рассматриваться как обнаружение первого. Утрата непосредственности свидетельствует о включении в поступки интеллектуального компонента, который встраивается между переживанием и непосредственным действием, что не соответствует наивному и непосредственному поведению, характерному для ребенка. Это не является показателем того, что кризис семи лет приводит от непосредственного, наивного, недифференцированного переживания к противоположному крайнему варианту, а означает, что в структуре каждого переживания появляется некоторый интеллектуальный компонент.

В семилетнем возрасте появляется такая структура переживаний, когда ребенок начинает осознавать сущность эмоциональных состояний и осмысленно ориентироваться в своих собственных переживаниях. Подобно тому, как ребенок раннего возраста открывает сам факт своих отношений с другими людьми, так семилетний ребенок открывает сам факт своих собственных переживаний. Это обуславливает некоторые особенности, характеризующие кризис семи лет:

- эмоциональные переживания ребенка начинают приобретать смысл и осознаваться, что способствует возникновению нового отношения к самому себе, которое отсутствовало до обобщения переживаний;

- впервые возникает обобщение эмоциональных переживаний, или эмоциональное обобщение, логика эмоций. Дошкольник в целом хорошо относится к самому себе и любит себя, но на основе этого не возникает самолюбия, как обобщенного отношения к себе, постоянного в различных ситуациях. У ребенка этого возраста нет обобщенных отношений к окружающим и понимания своей ценности, такое обобщение возникает к семилетнему возрасту.

Наряду с повышением произвольности эмоционального процесса, в младшем школьном возрасте изменяется содержательная сторона эмоций и чувств. Активно развиваются высшие чувства: интеллектуальные (любопытность, удивление, сомнение, интеллектуальное удовольствие), нравственные (чувство товарищества, дружбы, долга, сочувствия, негодования от ощущения несправедливости и пр.), эстетические.

Преобладающее жизнерадостное настроение - это возрастная норма эмоциональной жизни младшего школьника. Однако, как показали исследования Л.С. Славиной, у

некоторых учащихся в этот период начинает проявляться склонность к острым аффективным состояниям, обусловленная как неудовлетворенной потребностью в благоприятных взаимоотношениях с окружающими, так и расхождением между завышенным уровнем притязаний и уровнем собственных возможностей при наличии неосознаваемой неуверенности в себе. Для предупреждения эмоциональных срывов учитель должен знать индивидуальные особенности учащихся.

Большое влияние на формирование эмоций младших школьников оказывает учебная деятельность, складывающиеся отношения с учителем и коллективом класса. По мнению Г.М. Бреслава, именно эмоциональное отношение к учителю является своеобразным «маяком» в эмоциональной сфере учащегося, при этом особенно важной для ребенка является функция учителя как арбитра: эмоциональная окраска, возникающая в результате оценки учителя, усиливает или ослабляет мотивы учения, меняет самооценку и уровень притязаний младшего школьника, поэтому равнодушие к учению и, прежде всего, к оценкам учителя в этом возрасте можно считать показателем отклонения.

Таким образом, с возрастом эмоции детей становятся более обобщенными, произвольными, социально регламентированными, усложняется содержание эмоциональной сферы, изменяется ее экспрессивная сторона.

В учебной деятельности у школьника складываются представления о себе, самооценка, формируются навыки самоконтроля и саморегуляции.

Развитие самооценки, ее адекватность, осознанность, обобщенность во многом зависят от того, насколько содержательно представление ребенка о самом себе: самооценка может быть адекватной устойчивой, завышенной устойчивой или неустойчивой, заниженной неустойчивой в связи с тем, что представления о себе могут быть адекватными и устойчивыми, неадекватными и неустойчивыми, могут содержать характеристики, данные другими людьми.

Существует взаимосвязь особенностей самооценки младших школьников и уровней сформированности учебной деятельности (А.В. Захарова, Т.Ю. Андрущенко): у детей с высоким уровнем сформированности учебной деятельности наблюдается относительно устойчивая, адекватная и рефлексивная самооценка; низкому уровню сформированности учебной деятельности соответствует недостаточная рефлексивность самооценки, ее большая категоричность и неадекватность.

В младшем школьном возрасте происходит переход от конкретно-ситуативной к обобщенной самооценке.

В подростковом возрасте эмоциональная сфера претерпевает некоторые изменения. С возрастом дети научаются лучше дифференцировать эмоции, границы «эмоциональных» понятий становятся точнее. У подростков зафиксировано значительное расширение словаря эмоций по мере взросления и увеличение числа параметров, по которым различаются эмоции. Подростки реагируют на различные проявления окружающего мира более интенсивно, чем взрослые и дети. Диаметральные противоположные эмоциональные состояния у подростков могут быстро сменять друг друга. Всплеск в эмоциональной жизни подростков психологи обосновывают попеременной активацией нервных процессов возбуждения и торможения. В подростковом возрасте нарастает общее возбуждение, а процессы торможения – ослабевают. Однако подростки имеют склонность к сокрытию большей части своих эмоциональных переживаний. Кроме того, подросткам свойственна амбивалентность чувств и эмоций по отношению к одному предмету.

В. Г. Казанская считает, что для подростков характерно «застревание» на своих эмоциях, как положительных, так и отрицательных.

В подростковом возрасте развиваются способности к саморегуляции. То есть, подросток начинает лучше контролировать проявление собственных эмоций. Некоторые особенности эмоциональных реакций подросткового возраста обусловлены гормональными и физиологическими процессами. Резкие смены настроения, внезапные переходы от экзальтации к депрессии и обратно, психическая неуравновешенность подростков

объясняется усилением общего возбуждения и ослаблением условного торможения. Также эмоциональная сфера зависит от различных социальных факторов и условий воспитания. У подростков наблюдаются акцентуации, острые проявления личностных черт, которые во многом определяют поведение подростков и влияют на их взаимодействие с окружающей средой. В подростковом возрасте не только возрастает эмоциональность, но также совершенствуются механизмы психической защиты, расширяется круг факторов, способных спровоцировать эмоции у человека, расширяется арсенал способов выражения эмоций, увеличивается продолжительность эмоциональных реакций и, как уже говорилось, улучшается самоконтроль. Ко всему прочему возникает избирательность эмоционального реагирования, то есть, постепенно человека научается выбирать стимул, на который стоит реагировать, и игнорировать незначительные стимулы.

При переходе от подросткового к юношескому возрасту самопознание молодого человека теряет свою эмоциональную напряженность и существует уже на спокойном эмоциональном фоне. Общая направленность юношей и девушек на будущее создает благоприятные психологические основы для большей открытости подростков разнообразным переживаниям. Эстетические чувства, переживания, связанные с появлением новых видов деятельности, чувство влюбленности, радость творчества, большой интерес к миру чувств другого человека, особенно сверстника – все это обуславливает большую эмоциональную восприимчивость молодых людей, свойственную данному возрасту. Кроме того, в этом возрасте у подростков развиваются способности отдаваться переживаниям, рожденным новыми, прежде не испытанными впечатлениями.

В этом возрасте у юношей и девушек возникает и более точное регулирование чувств, в частности, более совершенное владение выражением своих чувств и настроений. Если подросток может скрывать свои переживания под личиной безразличия, то юноша умеет не только скрывать испытываемые им чувства, но и маскировать их. Так, взволнованность от встречи с небезразличным человеком он может маскировать ироническим смехом, застенчивость – развязными манерами и самоуверенным тоном, грусть – напускной веселостью (Якобсон П. М.).

Для эмоциональной жизни юности характерно то, что в эти годы не только переживаются предметные чувства, но и формируются чувства обобщенные (чувство прекрасного, чувство трагического, чувство юмора и т. д.). Эти чувства выражают уже общие, более или менее устойчивые мировоззренческие установки личности. Их и называют мировоззренческими чувствами (Якобсон П. М.).

Возникновение и развитие предметных чувств выражает формирование у молодых людей устойчивых эмоциональных отношений, своеобразных «эмоциональных констант» (Леонтьев А. Н.).

Одним из существенных моментов становится формирование чувства взрослости, причем взрослости не вообще, а именно мужской и женской.

Для эмоциональной жизни юности характерно не только переживание предметных чувств (направленных на определенное событие, лицо, явление), но и формирование у молодых людей чувств обобщенных (чувства прекрасного, чувства трагического, чувства юмора и т. д.). Эти чувства выражают уже общие, устойчивые мировоззренческие установки личности.

Тема 3. Уровневый подход к патологии эмоциональной системы.

Понятие патологии эмоциональной сферы. Функциональные расстройства эмоциональной регуляции. Явления гиперфункции отдельных уровней (уровень полевой реактивности, уровень стереотипов, уровень экспансии, уровень эмоционального контроля). Явления гипофункции отдельных уровней (уровень полевой реактивности, уровень стереотипов, уровень экспансии, уровень эмоционального контроля). Повреждение механизмов эмоциональной регуляции.

Симптомы эмоциональных нарушений разнообразны и многочисленны, но можно выделить пять основных типов патологического эмоционального реагирования:

Кататимный тип – обычно возникает в стрессовых ситуациях, патологические эмоциональные реакции относительно кратковременны, изменчивы, психогенно обусловлены (неврозы и реактивные психозы); голотимный тип – характерна эндогенная обусловленность (первичность) нарушений настроения, которая проявляется полярностью эмоциональных состояний, их устойчивостью и периодичностью появления (маниакально-депрессивный и инволюционный психоз, шизофрения); паратимный тип – характеризуется диссоциацией, нарушением единства в эмоциональной сфере между эмоциональными проявлениями и другими компонентами психической деятельности (шизофрения); взрывчатый тип – отличается сочетанием инертности эмоциональных проявлений с их взрывчатостью, импульсивностью (признаки пароксизмальности), доминирует злобно-тоскливое или экстатически-приподнятое настроение (эпилепсия, органические заболевания мозга); дементный тип – сочетается с нарастающими признаками слабоумия, не критичности, расторможенностью низших влечений на фоне благодушия, эйфории или апатии, безразличия, аспонтанности (старческое слабоумие альцгеймеровского типа, атеросклеротическое слабоумие, прогрессивный паралич и др. заболевания).

Колебания фона настроения в нормальном диапазоне, т.е. отсутствие депрессивного или приподнятого настроения, обычно обозначается термином «эутичное настроение». В патологии важное практическое значение имеют: гипотимия (патологическое снижение фона настроения), гипертимия (патологическое повышение фона настроения) и паратимия (извращенная эмоциональность).

Гипотимия – сниженное настроение, переживание подавленности, тоски, безысходности. Внимание фиксируется только на отрицательных событиях настоящего, вспоминаемого прошлого и представляемого будущего.

Типичный депрессивный синдром (депрессия) характеризуется депрессивной триадой: гипотимией, замедлением мышления и двигательной заторможенностью. Настроение у больных меланхолическое, угнетенное, с глубокой печалью, унынием и тоской, с неопределенным чувством грядущего несчастья и физически тягостными ощущениями стеснения и тяжести в области сердца, груди, во всем теле. Самочувствие больных особенно ухудшается в ранние утренние часы, и тогда возрастает опасность суицида. Депрессиям обычно сопутствуют нарушения сна и аппетита, снижается половое влечение, у женщин прекращаются менструации (витальные, соматические признаки депрессии). При нерезком депрессивном аффекте витальные признаки слабо выражены или вовсе отсутствуют.

При типичных депрессиях все компоненты депрессии выражены равномерно, при атипичных депрессиях некоторые компоненты депрессии исчезают, а другие усиливаются.

При преобладании в структуре депрессии тревоги (тревожная депрессия) больные мечутся, «не находят себе места», просят помощи, убеждены в грядущей им опасности.

При преобладании в структуре депрессии апатии (апатическая депрессия) больные малоподвижны, безучастны к себе и окружению, просят оставить их в покое.

При преобладании в структуре депрессии расстройств вегетативной регуляции внутренних органов и слабой выраженности собственно гипотимического аффекта говорят о маскированной (ларвированной, скрытой) депрессии или ее соматовегетативном эквиваленте. Такие депрессии трудно диагностируются, так как напоминают какое-либо соматическое страдание («маскируются» под него) и больные длительное время безуспешно лечатся у врачей-соматологов разных специальностей.

Дисфория, отличается от депрессии тем, что пониженное настроение здесь приобретает напряженно-злобный оттенок. Дисфория кратковременна (часы, дни), внезапно начинается и заканчивается, обычно встречается у больных эпилепсией как своеобразный аффективный эквивалент судорожного припадка.

Дистимия – кратковременные, длящиеся несколько часов, иногда дней, расстройства настроения (унылость и недовольство с гневливостью или тревогой). Наблюдается при неврозах, эпилепсии, органических заболеваниях мозга.

Гипертимия– повышено веселое, радостное настроение с приливом бодрости, энергичности и переоценкой собственных возможностей.

Маниакальный синдром (мания) характеризуется маниакальной триадой: гипертимией, ускорением мышления и двигательным возбуждением со стремлением к деятельности. Настроение у больных приподнятое, радостное (маниакальный аффект). Они много говорят, жестикулируют, переоценивают свои возможности. Охотно берутся за разные дела, но начатое легко бросают. При маниакальном аффекте также наблюдаются витальные его признаки: укорачивается сон, усиливаются влечения (особенно сексуальное), у женщин нарушается менструальный цикл. Если интенсивность маниакального аффекта невелика, то говорят о гипомании.

Маниакальные состояния, как и депрессии, могут быть атипичными, т.е. с неравномерной выраженностью составляющих их структуру компонентов. В некоторых случаях можно наблюдать у одного и того же больного одновременное присутствие признаков как депрессии, так и мании (своеобразный «взаимообмен» компонентами). Такие сложные по структуре состояния принято называть смешанными аффективными состояниями.

Эйфория – другая форма болезненно-повышенного настроения. Для нее характерно благодушие и беспечность, которые сочетаются с пассивностью («тихая радость»). Она чаще наблюдается при органических заболеваниях мозга на фоне более или менее выраженного слабоумия.

Мория («клобная психика») – эйфория с дурашливым двигательным возбуждением, склонностью к плоским, грубым шуткам. Наблюдается при поражении лобных отделов головного мозга на фоне слабоумия.

Экстаз – переживания восторга и необычайного счастья со своеобразным «погружением» в себя, в свой внутренний мир. При некоторых психических заболеваниях экстаз связан со зрительными галлюцинациями приятного содержания.

Экзальтация – приподнятое настроение, где более заметен не сам аффект, а ощущение прилива энергии, бодрости и повышения активности.

Паратимия– неадекватный аффект, извращение аффективности, когда больные радуются по поводу грустных событий и наоборот. Возможно также сосуществование в одно и то же время противоположных аффектов – амбивалентность. При этом одно и то же представление сопровождается и приятными, и неприятными чувствами, т.е. больной одновременно и огорчается, и радуется. Склонность больного отвечать на внешние раздражители неадекватно или двойкой реакцией характерна для шизофрении.

Явления гиперфункции отдельных уровней. Гиперфункция первого уровня. Большая устойчивость к интенсивности воздействий обуславливает здесь особую выносливость субъекта в контактах с миром. Он меньше других пресыщается ими и может дольше, чем другие, не испытывать дискомфорта. Поэтому включение механизмов второго уровня здесь задерживается. Это приводит к тому, что субъект реже, чем другие, испытывает отрицательные эмоции. Страх не дезорганизует механизмы первого уровня, и субъект легко и ловко уклоняется от возможной опасности именно потому, что не успевает испугаться.

Чем более устойчиво ощущение комфорта, тем более сильные и разнообразные средства субъект может использовать для стимуляции состояний покоя, довольства. Так, если люди с низким порогом дискомфорта будут испытывать удовольствие только от таких небольших колебаний интенсивности, как трепет воды и листьев, движение легких облаков, мерцание угольков в камине, а блики света на воде в яркий солнечный день уже могут раздражать, то людям с высоким порогом дискомфорта могут быть приятны и пляска языков пламени, и бурление толпы, и яркие эффекты иллюминации.

В ряде случаев, однако, эта устойчивость в восприятии интенсивности может иметь и отрицательные последствия. Так, в результате недостаточного контроля второго уровня субъект может и недооценить опасность.

Гипердинамика первого уровня оказывает влияние на развитие механизмов других уровней. Возникает сдвиг пропорции в развитии уровней. Общее увеличение выносливости в контактах с миром задерживает включение оценки качества, избирательного ограничения действия пресыщения, что приводит к недоразвитию механизмов второго уровня. Это проявляется, во-первых, в особой устойчивости субъекта к отрицательным воздействиям: холоду, боли, голоду, вообще к лишениям в жизненно необходимом; во-вторых, в недостаточности избирательного сосредоточения и на качественно приятных впечатлениях, отсутствии фиксации на индивидуально привычных формах сенсорного контакта с миром. В связи с недоразвитием индивидуальной сенсорной избирательности субъект ориентируется здесь не столько на поиск определенно приятных для себя ощущений, сколько на их смену, испытывая сенсорную жажду вообще.

Механизмы третьего уровня в этих условиях тоже могут не получить достаточного развития. Отсутствие дифференциации по качеству затрудняет формирование структуры поля, выделение как положительных целей, так и отрицательных барьеров на пути их осуществления. Субъект не будет здесь бороться за осуществление определенной цели, но, спокойно подчиняясь обстоятельствам, «возьмет» у жизни то, что она ему предложит. В то же время малая тревожность в контактах с миром, отсутствие развитой системы предпочтений позволят такому человеку, легко принимая изменения в окружающем, получать удовольствие от них. Однако, хотя внешне поведение такого человека может и показаться стеничным, в сущности оно не является активным, а просто отражает устойчивый комфорт субъекта в контактах с миром.

Четвертый уровень здесь также может быть недостаточно развит. В связи с малой индивидуальной избирательностью в сенсорных контактах с миром второй уровень недостаточно дифференцирует и физическое самоощущение. Незаработанность этого аффективного кода в свою очередь ведет к трудности определения аффективного состояния другого человека и, таким образом, к малой возможности сопереживания ему. Такой человек не будет жесток с людьми, он просто будет относиться к ним как к себе, не замечая их боли или радости. Нечуткость в непосредственных контактах с людьми приводит к тому, что организация жизни такого человека в сообществе будет идти не столько за счет его сопереживания эмоциям других, сколько за счет формального подчинения их требованиям.

В условиях малой способности субъекта к эмоциональному сопереживанию может легко возникнуть деформация смысловой структуры, уровней. На первый план выдвинуты смысловые задачи «сильного» первого уровня-обеспечение состояния покоя, комфорта.

В этом случае наблюдается все большее уменьшение избирательности в контактах с миром. У таких людей не формируется ни дорогих им пристрастий в сенсорных контактах, ни привязанностей в отношениях с людьми. Это равнодушие защищает их от возможности возникновения чувства потери, дает покой и свободу получать удовольствие от потока новых сенсорных впечатлений, картин природы, ни к чему не обязывающих, поверхностных контактов с людьми.

Здесь может сложиться своеобразная форма эгоистического безразличия к людям. Такой человек уже не просто недостаточно видит переживания других людей, но и активно уклоняется от явных даже для него отрицательных эмоций других. Такие дискомфортные впечатления обычно вытесняются. Именно человек подобного типа может спросить- «Как ваши дела», и, выслушав жалобы, сказать-«Я рад, что у вас все в порядке».

И наконец, в самых тяжелых случаях, гиперфункция первого уровня может привести к функциональному распаду смысловых взаимосвязей эмоциональной сферы. Это происходит в тех случаях, когда переживания состояния комфорта, покоя настолько захватывают субъекта, что ради них он жертвует насущными нуждами организации собственной безопасности. Возникает дисбаланс между смысловой и тонической функциями первого

уровня Он начинает работать в основном на осуществление последней, на «удовольствие» и подчиняет этой тенденции другие уровни. Причем, если в предыдущем случае уровни обслуживали смысловую адаптацию первого уровня, то здесь их механизмы начинают просто эксплуатироваться для получения этого особого рода удовольствий.

Гиперфункция второго уровня. Она увеличивает активность человека в удовлетворении физических потребностей и расширяет диапазон качественно приятных ему сенсорных впечатлений. Это позволяет вступить в активный и разнообразный сенсорный контакт с миром и разработать разветвленную систему индивидуальных привычек, регулирующих сенсорное взаимодействие со средой и поддерживающих тонус аффективной сферы. Вместе с тем сильный второй уровень может сделать человека и излишне аффективно зависимым от впечатлений витальной сферы, от созданной им системы привычных отношений.

Гиперфункция механизмов второго уровня также может определить сдвиг пропорций в развитии других. Заострение черт второго уровня выражается прежде всего в подавлении оценки интенсивности качественно положительных воздействий. В результате отодвигается пресыщение и, наоборот, возникает особая жадность, которая может стимулировать чувство собственности, стремление к накоплению средств удовлетворения физической потребности. В то же время сильный второй уровень очень «торопит» включение дискомфорта в восприятие интенсивности качественно плохих впечатлений, и человек в этом случае крайне тяжело переносит лишения, неудовлетворенное желание. Нарушение отработанного оптимального способа его реализации также вызывает у него бурные реакции гнева, нетерпения.

Третий уровень в этой ситуации тоже испытывает подавляющее влияние второго, и механизмы его развиваются недостаточно. Чрезмерное развитие второго уровня обуславливает острое переживание положительных и отрицательных впечатлений и ригидную фиксацию предпочтений в контактах с миром. Это создает сверхнапряженную связь цели и препятствия, в которой барьер воспринимается однозначно, лишь как помеха на пути к цели, и вызывает импульсивное агрессивное действие. Можно сказать, что третий уровень развивается здесь слишком утилитарно и, обеспечивая осуществление влечения, в меньшей степени стимулирует к обследованию среды и выявлению границ своих возможностей.

Механизмы четвертого уровня в этих условиях тоже развиваются своеобразно. Ригидность индивидуальных установок в контактах с окружающим, складывающихся на сверхактивно функционирующем втором уровне, затрудняет формирование новой структуры, опосредованной эмоциональной организацией субъекта другим человеком. В отличие от случаев гипердинамики первого уровня здесь есть способность к пониманию эмоционального состояния других людей и непосредственному сопереживанию им. Но ощущение нужд другого в этих условиях постоянно вступает в глубокий конфликт с переживанием собственных потребностей. Кроме того, субъект с трудом переносит активность других людей, вступающих в противоречие с разработанными им стереотипами отношения с миром. Таким образом, другой человек здесь часто воспринимается как помеха на пути к цели, вызывает гнев и раздражение.

Поведение субъекта при этом начинает определяться целями физического удовлетворения. Возможно развитие неконтролируемых влечений, в русле которых другой человек может восприниматься как объект, средство удовлетворения потребности. Ненасытность, жадность, с одной стороны, и гневливость, агрессивность, нетерпимость к барьерам, с другой стороны, могут сделать такого человека реально опасным для других, определить развитие асоциальной личности.

И в наиболее тяжелых случаях гипердинамики второго уровня происходит функциональный распад иерархии смысловых отношений базальной эмоциональной сферы. Как уже обсуждалось выше, это происходит тогда, когда сам гипердинамизированный уровень теряет приспособительное значение и начинает работать по принципу аутостимуляции. Он разрушает смысловое взаимодействие уровней и начинает

эксплуатировать их механизмы для технического совершенствования способов аутостимуляции.

Второй уровень теряет свое приспособительное значение тогда, когда перестает обеспечивать контроль над качеством сенсорного контакта с миром. Повышение его тонуса на определенном этапе приводит к патологическому расширению диапазона качественно приятных ощущений и к потере избирательности в сенсорных контактах всеядности, неразборчивости в удовлетворении соматической потребности, неряшливости, полном отсутствии безразличия.

Здесь потеря избирательности связана не с безразличием к качеству, а с огромным удовольствием, доставляемым большинством сенсорных контактов с миром. Стремление к этому удовольствию подчиняет себе работу других уровней. Под нажимом второго первый уровень «подтверждает» - «чем больше, тем лучше» и санкционирует любые излишества в удовлетворении влечения. В то же время он дает ощущение дискомфорта в ответ на малейшее напряжение физической потребности и толкает на поиск любой возможности удовлетворения.

При этом грубо нарушается работа третьего уровня. Неизбирательность влечения, отсутствие фиксированных целей будут способствовать возникновению новых способов удовлетворения потребности. Однако из-за большой чувствительности к дискомфорту эта псевдоэкспансия может пойти по пути наименьшего сопротивления. Удовольствие будет «находиться» там, где его легче достичь без столкновения с препятствиями. Можно сказать, что одной из ярких особенностей такого человека будет его трусость.

Регуляция отношений с людьми (четвертый уровень) тоже будет подчинена задачам получения удовольствия второго уровня. Такой человек, как правило, равнодушен к людям, но стремится держаться рядом, может угождать, льстить, развлекать для того, чтобы успешнее паразитировать.

Гиперфункция третьего уровня. Она обуславливает высокую активность человека в экспансии к окружающему миру, направленность на обследование среды, преодоление преград на пути к цели. Данный уровень поднимает в человеке ощущение своей силы и субъективно раздвигает для него границы доступного, позволяет легко пойти на риск, легко принять решение, отказаться от привычного, экспериментировать. Человек ополучает огромное удовольствие от борьбы, риска, самоутверждения и может, переоценив свои силы, попасть в трудную ситуацию.

Хорошо развитый механизм преобразования отрицательных впечатлений в положительные способствует сдвигу пропорций в развитии других уровней.

Общая положительная оценка окружающего, даваемая на третьем уровне, позволяет человеку и на первом уровне проявлять особую выносливость к интенсивности воздействия, бесстрашие в распределении себя в пространстве.

На втором уровне характерны будут выносливость к лишениям, а также к нарушениям стереотипа удовлетворения потребности. В связи с этим человек сможет стать более гибким в своих привычках, получить большую возможность экспериментировать в сенсорных контактах со средой.

Четвертый уровень может проявить здесь явную недостаточность развития. Отрицательная оценка субъекта другими людьми будет восприниматься им легче, чем обычно, благодаря гипертрофированной положительной оценке себя. Отрицательная оценка другого, таким образом, легко нейтрализуется. Таким образом, четвертый уровень не сможет сформировать достаточно дифференцированный механизм регуляции поведения. Такой человек может стать более свободным, чем другие, в следовании правилам поведения, и другой чаще, чем обычно, будет рассматриваться им лишь как препятствие, барьер на пути к цели.

В условиях недостаточного эмоционального контроля сильный третий уровень может деформировать структуру смысловых отношений уровней и подчинить их разрешению своей смысловой задачи-аффективной экспансии окружающего. В этом случае первый уровень

будет все более недооценивать разрушительную силу внешних воздействий и будет допускать субъекта к активному контакту со все более агрессивной средой. Второй уровень, увеличивая устойчивость к лишениям, постепенно теряет и избирательную привязанность к сенсорным приятным ощущениям. Все более аффективно важным здесь становится не само удовлетворение физической потребности, а движение к цели, борьба, преодоление препятствий. Четвертый уровень, все более теряя возможность эмоционального контроля, позволяет воспринимать людей лишь как условия достижения цели, рассматривать их как препятствия, манипулировать ими и вообще легко решать судьбу другого.

И наконец, дальнейшее повышение тонуса третьего уровня приведет к функциональному распаду смысловых структур эмоциональной сферы. Это происходит также при нарушении баланса между приспособительной и тонической функциями третьего уровня и подчинении его работы принципу удовольствия. Человек здесь направлен на постоянную стимуляцию ощущений риска, азарта победы. Механизмы других уровней эксплуатируются им как средства получения этого удовольствия.

Механизмы первого уровня используются для получения острых ощущений, связанных с высотой, глубиной и т. п. Вторым уровнем могут формироваться влечения к качественно отрицательным в норме, страшным, отвратительным впечатлениям грязи, крови, болезни и т. п.

Точно так же эксплуатируется и четвертый уровень, он «дает» субъекту удовольствие от ощущений конфронтации с людьми. Такой человек может испытывать потребность в постоянной драматизации своих отношений с окружающими» продуцировать все новые и новые конфликтные ситуации, ссорить людей, дразнить их и т. п.

Гиперфункция четвертого уровня. Она активизирует потребность человека в эмоциональных контактах с людьми. Расширяет диапазон качественно приятных контактов и позволяет субъекту общаться с разными людьми и получать огромное удовольствие от этого общения. Понятно, что это создает особенно благоприятные условия для развития разнообразных форм эмоционального общения, легкости их осуществления, усвоения правил контакта.

Сильный четвертый уровень провоцирует сдвиг пропорций в развитии механизмов других уровней. Так качественно положительная оценка эмоционального контакта подавляет оценку его интенсивности первым уровнем, что позволяет субъекту уменьшить дистанцию общения, стать более выносливым в контактах, не ощущать усталости от общества людей.

Большая потребность в контакте, эмоциональная зависимость от людей могут определить и развитие механизмов второго уровня. Сенсорные отношения со средой здесь менее ограничены индивидуальными пристрастиями субъекта и могут строиться в большей степени опосредованно через его заражение эмоциями других людей. Таким образом, субъект может обогатить свои отношения с сенсорной средой, направленно осваивая ее. В то же время зависимость от принятых в сообществе форм сенсорного взаимодействия с миром может и подавить индивидуальные тенденции субъекта.

Развитие третьего уровня тоже происходит своеобразно. С одной стороны, эмоциональное влияние других, их оценка могут увеличить упорство субъекта в преодолении трудностей. С другой-то же влияние может обусловить и трудности принятия собственного решения, преодоления усвоенного, но неадекватного в данный момент стереотипа поведения. Характерной чертой здесь может стать малая инициативность субъекта.

С возрастом гипердинамию четвертого уровня подобная аффективная недостаточность может усиливаться. Вклад других уровней в компенсацию смысловой деформации аффективной сферы при этом будет значительно уменьшаться, что обеднит общее эмоциональное развитие субъекта и затруднит формирование его личности. Прежде всего это проявится в недоразвитии индивидуальной избирательности субъекта и возрастающей трудности принятия им собственного решения, занятии позиции во

взаимодействии с миром. Это может способствовать развитию конформности, слепому подчинению субъекта правилам, выработанным его непосредственным окружением.

Наконец, как это ни странно, чрезмерное усиление высшего, четвертого уровня тоже может привести к функциональному распаду смысловых отношений. Потеря высшим уровнем равновесия в разрешении смысловых и тонических задач подчиняет принципу удовольствия действие всех базальных уровней.

Так, огромная потребность общения делает субъекта неизбирательным в контактах. Входя в любое случайное сообщество, он стремится извлечь из ситуации контакта максимальное удовольствие, почувствовать одобрение, симпатию всех его членов. Он легко заражается эмоциональным состоянием других и начинает подражать им. В то же время, попадая под новое влияние, он проявляет такую же внушаемость и также легко и искренне соглашается, обещает и вызывает сочувствие. Понятно, что обещаний он, конечно, не выполняет. Формируется характерный тип дефицитарности поведения: не проявляя последовательность и настойчивость в осуществлении каких-либо собственных целей, субъект действует всегда соответственно непосредственной эмоциональной оценке окружения. Попадая под влияние асоциального окружения, он может легко совершать и асоциальные поступки.

Явления гипофункции отдельных уровней. Гипофункция первого уровня. Она связана с малой выносливостью и низким порогом аффективного дискомфорта в оценке интенсивности воздействия. Снижение порога аффективного дискомфорта может привести к постоянной неадекватной оценке субъектом безопасности своего положения в пространстве. Даже занимая «хорошую» позицию, он продолжает испытывать дискомфорт. Не получая достаточного положительного подкрепления, механизм вывода субъекта в безопасное место дезавтоматизируется. Этот дискомфорт вызывает сдвиг пропорций в развитии всех уровней. На втором уровне он определяет особую ранимость, сверхосторожность в удовлетворении соматической потребности; на третьем - переоценка интенсивности воздействия может обернуться недооценкой собственных сил, неуверенностью, тормозимостью во взаимодействии с миром; на четвертом - стать ранимостью в эмоциональном общении, особой чувствительностью к взгляду, прикосновению, голосу Другого человека, обуславливающей необходимость увеличения дистанции в контактах с людьми.

Все это может привести к серьезной аффективной дезадаптации. Дезорганизуется работа всех уровней базальной аффективной сферы.

Хотя все уровни выполняют компенсацию возникшей дезадаптации, они не имеют адекватных способов разрешения задачи.

Второй уровень, осуществляя «скорую помощь», оценивает ситуацию панически и запускает примитивные оборонительные реакции: человек отшатывается, закрывается от опасности и тем лишь фиксирует возникший страх.

Ослабленный третий уровень не способствует его преодолению. Четвертый же может только поддержать постоянную тревогу, перепроверяя, разрабатывая систему правил, ритуалов» направленных на предотвращение возникновения опасной ситуации.

Таким, как нам представляется, может быть механизм возникновения страха пространства. Он может проявиться как боязнь высоты, закрытых помещений (клаустрофобия), больших открытых пространств (агарофобия) и т. п. При этом он выражается не просто в дезадаптации одного низшего уровня, но создает выраженную аффективную перегрузку, хрупкость всей системы аффективной организации.

При дальнейшем снижении тонуса первого уровня легкость возникновения аффективного дискомфорта и перегрузка высшего уровня могут обусловить деформацию смысловых отношений аффективной сферы. В этом случае наиболее аффективно значимым для субъекта станет разрешение задачи обеспечения комфорта, покоя. Выше уже описывалась подобная деформация смысловой структуры, но там она была вызвана особой силой первого уровня, здесь, наоборот, его слабостью. Поэтому и способы обеспечения покоя будут здесь другими, можно сказать, противоположными.

Участие второго уровня в защите от сенсорного дискомфорта проявляется здесь в ограничении контакта со средой немногими привычными условиями. При этом механизмы второго уровня развиваются под влиянием аффективного смысла первого уровня и направлены не столько на разработку приятных способов контакта с миром, удовлетворения потребностей, сколько на совершенствование средств обороны от него.

Точно так же задачам самосохранения подчиняется и развитие механизмов четвертого уровня. Они используются вне связи с эмоциональным сопереживанием другим людям и не для достижения какой-либо собственной аффективной цели, а для защиты от возможной неожиданности. Здесь разрабатываются строгие правила поведения, педантично регламентирующие ограничения в отношениях с людьми. Отступления от них вызывают у субъекта тревогу и страх, и он может быть ригидно настойчив в отстаивании незыблемости усвоенных им запретов.

Даже при соблюдении сверхосторожности в контактах со средой и людьми такой человек не получает здесь реального удовольствия ни от того, ни от другого. Постоянные тревога и страх перед окружающим требуют от него развития специальных механизмов поддержания аффективного тонуса, борьбы с астеническими состояниями. В связи с этим такие люди могут развивать особые увлечения, способствующие стабилизации их внутреннего состояния, но и утверждающие их репутацию как людей особых, чудаков.

Гипофункция второго уровня. Она характеризуется повышением чувствительности субъекта уже к качеству впечатления - его соответствию или несоответствию потребности организма. На этом фоне может возникнуть сверхизбирательность в сенсорных контактах с миром. Понятно, что это также может стать причиной возникновения дискомфорта. В своей чрезмерной сверхточности в оценке качества такой человек может стать слишком требователен и оценить большинство приемлемых ощущений как неподходящие, что безусловно затруднит его аффективную адаптацию.

Дефицитарность второго уровня не может не отразиться на работе остальных, вызывая сдвиг пропорций в их развитии. Она может значительно исказить аффективную оценку первым уровнем интенсивности воздействия окружающего. Интенсивность ощущения качественного «плохого» и в норме оценивается острее, чем хорошего. Если «плохое» начинает доминировать в окружающем, то и общее воздействие среды воспринимается как слишком сильное.

Недостаточность второго уровня определяет и нарушение работы третьего. Сверхизбирательность заставит субъекта чрезмерно фиксироваться на своих привычных способах сенсорного контакта со средой, способствовать выработке особой осторожности к новому, страху перемен. Это нарушит развитие механизмов третьего уровня. Четвертый уровень в этих условиях проявит также излишнюю настойчивость в соблюдении привычных форм контакта с миром: ограничение круга общения, взаимодействия с людьми.

При дальнейшем ослаблении аффективного тонуса второго уровня может возникнуть особый тип дезадаптации, когда субъект теряет возможность адекватного аффективного контроля за осуществлением внутренних физических процессов и внешних форм стереотипного приспособления к окружающему.

В нормальных условиях о благоприятном протекании физиологических процессов сигнализируют положительные висцеральные ощущения, чувство «мышечной радости», удовольствие от запаха, вкуса и т. д. При уменьшении же чувства физического удовольствия такого подкрепления не возникает. Уходит чувство радости соматического благополучия при нормально протекающих физиологических процессах, возникает и фиксируется ощущение постоянного сенсорного дискомфорта, недомогания. Это неминуемо приводит к дезавтоматизации аффективной регуляции физиологических процессов. В этих условиях могут сочетаться, например, голодные боли и неприязнь, безгливость к еде.

Возникающие трудности фиксируются вторым уровнем как страх болезни, тревога о состоянии собственного здоровья. Третий уровень с его недоразвитыми механизмами не может здесь помочь в преодолении страха. А четвертый вносит свой вклад в формирование

аффективной дисфункции, поддерживая ипохондрическое внимание к собственным ощущениям, создавая сложную систему правил ухода за своим здоровьем, систем лечения и т. п.

Точно так же и нормально функционирующие стереотипы поведения, привычно выполняемые действия могут в этих условиях тоже не получать достаточного положительного аффективного подкрепления. Это понятно, ведь сенсорные контакты со средой становятся здесь в основном дискомфортными, и эти «внешние» ощущения тоже не дают достаточного удовлетворения. В аффективной памяти поэтому не остается достаточно выраженного следа благополучного завершения действия-навык дезавтоматизируется. Это способствует возникновению у субъекта тревоги, неуверенности в благополучном завершении автоматизированного действия, выключил ли он свет, закрыл ли газ, запер ли дверь и т. п.

Третий уровень по своей слабости не может преобразовать и нейтрализовать эту тревогу. На помощь приходит четвертый уровень и начинает разрабатывать правила, предотвращающие сбой, постоянно перепроверять совершение действия. Но это довершает дезадаптацию: возникшее предположение о несовершении действия начинает успешно конкурировать с ослабленным аффективным следом завершения, что подкрепляет навязчивое стремление субъекта вновь и вновь перепроверять себя.

Аффективная дезадаптация, возникающая на втором уровне, компенсируется и в первом и во втором случае негодными средствами высшего уровня, что усугубляет ее и создает перегрузку высших отделов базальной аффективной регуляции.

Эта перегрузка может привести к деформации смысловых отношений уровней, и разрешение задач слабого второго уровня становится наиболее значимым для субъекта.

Мы описывали уже деформацию, вызванную гиперфункцией этого уровня. Там для субъекта наиболее значимыми становились задачи удовлетворения физических потребностей. Здесь он больше всего хочет лишь предотвратить телесное недомогание, болезнь.

Проследим, какой вклад вносят в разрешение этой задачи механизмы всех уровней. Выше мы описали, как гипофункция второго уровня вынуждает первый уровень оценить большинство воздействий среды как слишком сильные, агрессивные, а третий - определить большинство возникающих препятствий как непреодолимые.

Следовательно, слабый второй уровень в решении своих задач может опереться только на механизмы четвертого уровня.

Освобожденный от эмоционального контроля, такой человек начинает игнорировать переживание других людей и все больше использовать их в своих целях. Он целиком уходит в свои мнимые болезни, выявление и изучение новых болезненных симптомов, разработку способов их лечения, соблюдение диеты, поиска необходимых лекарств, врачей и становится тираном своих близких.

Несмотря на все усилия, субъект так и не достигает желаемого ощущения физического здоровья, не получает радости от сенсорной среды. В связи с этим он должен активно разрабатывать способы тонизирования. Для него доступна стимуляция ощущений защищенности от недомогания построением сложной системы лечебных и профилактических мер. Если человек со слабым первым уровнем находит удовлетворение в самом разнообразном и причудливом систематизировании и коллекционировании, то здесь он направленно собирает рецепты лекарств, диет, приемы специальных упражнений и т. п. Кроме того, такие люди при своей холодности к близким сами нуждаются в их эмоциональной поддержке, сострадании и, посвящая всех в свои недомогания, постоянно требуют выражений сочувствия. В этом они могут быть неадекватными и готовы делиться своими интимными переживаниями с чужими людьми.

И наконец, последнее катастрофическое снижение тонуса второго уровня, его крайняя гипофункция могут привести к грубому повреждению развития самих механизмов третьего и четвертого уровней. Об этом подробнее будет сказано ниже.

Гипофункция третьего уровня. Она обусловлена слабостью его тонуса уменьшением активности в освоении мира, потерей чувства игры, риска, радости победы, усилением дискомфорта в нестабильной, неопределенной ситуации, создающей неожиданные препятствия на пути к цели. Этот дискомфорт рождает неуверенность человека в своих силах. Реальные успехи переживаются им недостаточно ярко и не подкрепляют его активную позицию, зато неудачи воспринимаются чрезвычайно остро. Это создает преимущественно отрицательный опыт взаимодействия с миром, гасящий стремление идти навстречу трудностям. Таким образом, и здесь происходит «дезавтоматизация» первого порыва преодоления и возникает тенденция снова и снова осторожно примериваться к ситуации и оценивать ее как неблагоприятную даже в тех случаях, когда овладение ею вполне возможно.

Недостаточность третьего уровня вызывает сдвиг пропорций в развитии других уровней.

В связи с усилением дискомфорта в нестабильной ситуации изменение интенсивности сенсорных воздействий тоже может переоцениваться и чувствительность первого уровня может повышаться, способствуя со своей стороны легкому возникновению генерализованной тревоги. Большая чувствительность к неприятному определяет и повышенную ранимость. К качественно «плохим» впечатлениям. Поэтому на втором уровне могут возникнуть некоторая изнеженность, трудность в перенесении лишений. Четвертый уровень организации тоже претерпевает изменения. В ситуации эмоционального взаимодействия такой человек будет здесь сверхостро воспринимать отрицательные оценки людей, проявит неуверенность, тормозимость в контактах.

При значительном снижении тонуса третьего уровня для человека становится непереносима ситуация малейшего напряжения, возрастает трудность принятия решения, появляются растерянность, беспомощность при необходимости сделать выбор, что придает окраску амбивалентности его поведению. В новых, неожиданных ситуациях такой человек часто пассивен и не пытается самостоятельно найти выход из положения.

В компенсации этой дефицитарности субъект использует механизмы низших уровней, пытаясь уклониться, уйти из напряженной ситуации, соблюдать привычные способы контакта со средой. Основную нагрузку, однако, и здесь берет на себя высший, четвертый уровень. Он замыкает субъекта на строгое следование правилам поведения, стандартизацию ситуаций, на поиск постоянной поддержки, одобрения других людей. Таким образом, достигается очень хрупкое равновесие, постоянно нарушаемое возникновением новых, непредвиденных ситуаций и слишком зависимое от эмоционального состояния других людей.

Возникающая система аффективной адаптации работает с огромной перегрузкой. Напряжение часто проявляется в множественных невротических стереотипах движения, подергивании, постукивании, покашливании, грызении ногтей и т. п. Так второй уровень пытается заглушить возникающую тревогу, но, к сожалению, эти неадекватные способы вскоре сами становятся предметом специального беспокойства субъекта, воспринимаются им как навязчивые. Неуверенность, тормозимость в контактах с людьми могут послужить причиной дальнейшего снижения аффективной самооценки себя. От недооценки своей способности активно воздействовать на окружающее (нарушение механизмов третьего уровня) субъект может перейти к формированию неадекватного дисморфофобического ощущения своего лица, тела как уродливого, неприятного людям (нарушение механизмов второго и четвертого уровней).

Слабый третий уровень тоже может деформировать систему смысловых отношений. В этом случае механизмы всех уровней будут направлены на разрешение его задач-осуществление аффективной экспансии и поддержание уверенности в своих силах.

Неуверенность, дискомфорт в нестабильной ситуации толкают такого человека к поиску способов постоянного поддержания субъективного ощущения своей силы, возможности владеть ситуацией. Слабый третий уровень не дает ему возможности пережить

реальный успех, победу над обстоятельствами. Это может вести к развитию аутостимуляции в форме фантазий на темы успеха, преодоления преград, риска, чего в реальной ситуации такой человек, конечно, не может себе позволить по своей трусости.

В наибольшей степени, однако, ощущение субъектом своей силы зависит здесь от оценки его другими людьми. Субъект здесь нуждается в постоянном внимании людей, «стремится» встать в центр ситуации и получить подтверждение своей возможности активно влиять на происходящее. Сходные тенденции мы видим у людей с повышенным тонусом третьего уровня. Необходимо, однако, отметить, что в случае гипердинамики субъект привлекал внимание других людей для получения удовольствия от ощущения своей силы и мог использовать для этого и их отрицательные реакции. В случае гипотонуса субъект прежде всего стремится заглушить неуверенность в своих силах. Он реально зависит от людей и нуждается в постоянном подтверждении их преданности, воспроизведении ощущения своей значимости, ценности для других. Привлекая к себе внимание людей, такой человек требует подтверждения, что он самый любимый, самый красивый, самый большой, самый беспомощный и т. п. Конечно, он может искать ощущение своей силы и в унижении других, но это может коснуться лишь самых близких и преданных людей, тех, в ком он абсолютно уверен.

И наконец, в наиболее тяжелых случаях гиподинамии третьего уровня могут не развиваться механизмы четвертого. Структура аффективной организации, таким образом, остается недоразвитой.

Гипофункция четвертого уровня. Она проявляется как уменьшение активности в общении и повышение чувствительности к качеству эмоционального контакта. В связи с этим граница между приятным и неприятным в контакте смещается в сторону последнего, и часть «средних» впечатлений может быть оценена как неприятные воздействия, при этом отрицательные переживания являются здесь более стойкими, чем положительные. Все это увеличивает вероятность возникновения эмоционального дискомфорта в общении, что способствует формированию направленности на ограничение контакта с людьми, проявляющуюся уже не просто как общее увеличение дистанции, а как сверхизбирательность в общении.

Дефицитарность четвертого уровня вызывает сдвиг пропорций в развитии низших отделов базальной аффективной организации.

Сверхчувствительность в качественной оценке сигналов других людей может нарушить индивидуальную адаптацию к миру. И в значимой, и в незначимой для себя ситуации субъект часто не может противиться аффективному давлению другого человека, не может отказать ему и платит за это чувством истощения, усталости, жертвует своими сенсорными предпочтениями. Такие вынужденные «жертвы» не доставляют субъекту эмоционального удовлетворения. Постоянное мелочное насилие над собой вызывает раздражение, усугубляет эмоциональный дискомфорт в контакте с людьми и может проявиться в постоянном ворчании, брюзжании и т. п. Однако такой человек очень плохо чувствует себя при конфликте с другими и почти не испытывает радости от победы над ними, даже если, действуя в согласии с общими нормами, уверен в своей правоте. Отрицательные эмоциональные реакции побежденных отравляют ему удовольствие.

Ослабление эффективного тонуса четвертого уровня, создавая дискомфорт в контакте с людьми, уменьшает вероятность положительного эмоционального подкрепления эмоциональных стереотипов общения, что может обусловить их дезавтоматизацию. В процессе общения субъект может утратить уверенность в правильности своей ориентировки в состоянии других людей, потерять привычную дистанцию общения, стереотипы поведения. Вне ситуации общения он обычно отчетливо видит свои ошибки, но, вступая в контакт, снова ведет себя так же, и общение становится для него мучительным.

Низшие уровни формируют свои приемы компенсации этой дефицитарности, развивая способы отстаивания себя.

Первый уровень организует уход, уклонение от общения, Установление его максимальной дистанции, помогающей избегать давления других людей. В данном случае, однако, это не может разрешить проблему, так как подобные люди обычно Испытывают потребность в общении и часто нарушают благоразумное правило избегания, что дает им особую неровность в контакте. Второй уровень в процессе контакта, чрезмерно сосредоточен на отстаивании привычных форм сенсорного взаимодействия со средой. Он придирчиво и подозрительно относится к предложениям других людей, и первым его движением всегда является их отвержение. Третий уровень склонен переоценивать общую враждебность людей по отношению к субъекту и поддерживает недоверчивость, осторожность в контактах.

Получается, что низшие уровни здесь постоянно перепроверяют эмоциональную оценку четвертого уровня и вносят в эмоциональную ориентировку много низших аффективных параметров, особое внимание уделяя дистанции, сенсорным характеристикам «противника», его манере поведения, что в данный момент может быть совершенно неважным для объективной ситуации формального контакта. Понятно, что это не столько помогает, сколько еще более перегружает эмоциональную ориентировку четвертого уровня и нарушает адаптацию субъекта.

Субъект может пытаться компенсировать недостаточность четвертого уровня, с одной стороны, установлением постоянного, избранного круга общения с эмоционально адекватными людьми. Здесь он может получить удовлетворение от контакта, но требует соблюдения гарантий своей безопасности, не терпит нажима и сам может стать деспотом в отношениях с близкими. С другой стороны, такой человек может развивать отвлеченные эмоциональные интересы, связанные с литературой, искусством, компенсирующие ему недостаточность положительных эмоциональных переживаний, дающих эмоционально положительный смысл происходящему вокруг.

В самых тяжелых случаях слабость четвертого уровня может создать сверхнапряженное состояние базальной эмоциональной системы. Все силы субъекта при этом будут направлены на разрешение задач высшего уровня, а развитие механизмов низших уровней будет подавляться. В этих случаях, например, возможно глубокое недоразвитие механизмов уровня, адаптирующих к нестабильным условиям жизни.

Тема 4. Коррекция эмоциональных нарушений: общие понятия.

Понятие коррекции эмоциональных нарушений. Направления психологической коррекции аффективной дезадаптации: социализирующее - совершенствование высших личностных образований и окультуривающее - влияние на низшие аффективные процессы. Важность обращения к базальной аффективной сфере ребенка. Преимущественная ориентация коррекционных воздействий на собственные резервы и механизмы базальной аффективной сферы ребенка. Психотерапевтические приемы, обеспечивающие направленное изменение аффективного состояния человека. Уровневый подход к коррекции эмоциональных нарушений. Основные этапы коррекции. Роль эмоционального контакта ребенка и взрослого в процессе психокоррекции.

Психологическая коррекция эмоциональных нарушений у детей – это хорошо организованная система психологических воздействий. В основном она направлена на смягчение эмоционального дискомфорта у детей, повышение их активности и самостоятельности, устранение вторичных личностных реакций, обусловленных эмоциональными нарушениями, таких как агрессивность, повышенная возбудимость, тревожная мнительность и др.

Значительный этап работы с этими детьми – коррекция самооценки, уровня самосознания, формирование эмоциональной устойчивости и саморегуляции.

В отечественной и зарубежной психологии используются разнообразные методы, помогающие откорректировать эмоциональные нарушения у детей. Эти методы можно условно разделить на две основные группы: групповые и индивидуальные. Однако такое деление не отражает основной цели психокоррекционных воздействий.

В мировой психологии существует два подхода к психологической коррекции психического развития ребенка: психодинамический и поведенческий. Главная задача коррекции в рамках психодинамического подхода – это создание условий, снимающих внешние социальные преграды на пути развертывания интрапсихического конфликта. Успешному разрешению способствуют психоанализ, семейная психокоррекция, игры и арттерапия. Коррекция в рамках поведенческого подхода помогает ребенку усвоить новые реакции, направленные на формирование адаптивных форм поведения, или угасание, торможение имеющихся у него дезадаптивных форм поведения. Различные поведенческие тренинга, психорегулирующие тренировки закрепляют усвоенные реакции.

При подборе методов психокоррекции эмоциональных нарушений необходимо исходить из специфической направленности конфликта, определяющего эмоциональное неблагополучие ребенка. При внутриличностном конфликте следует использовать игровые, психоаналитические методы, методы семейной психокоррекции. При преобладании межличностных конфликтов применяют групповую психокоррекцию, способствующую оптимизации межличностных отношений, психорегулирующие тренировки с целью развития навыков самоконтроля поведения и смягчения эмоционального напряжения. Кроме того, необходимо учитывать и степень тяжести эмоционального неблагополучия ребенка.

Как известно, у человека морфологическим субстратом эмоциональной регуляции являются древние (подкорковые) и наиболее поздно возникшие (лобные) образования головного мозга. В эволюционном плане систему эмоциональной регуляции можно сравнить с геологическими напластованиями, каждое из которых имеет свою структуру и функцию. Эти образования находятся в тесном взаимодействии друг с другом, образуя иерархически усложняющуюся систему уровней.

В своих базальных основах эмоции связаны с инстинктами и влечениями, а в наиболее примитивных формах функционируют даже по механизму безусловных рефлексов.

Этот примитивный характер эмоционального реагирования в нормальном развитии не всегда выступает достаточно отчетливо. Патологические же случаи дают много примеров влияния элементарных эмоций на поведение. В ходе нормального онтогенеза ранние формы аффективного реагирования включаются в более сложные.

Особая роль в этом процессе принадлежит памяти и речи. Память создает условия для сохранения следов эмоциональных переживаний. В результате не только актуальные события, но и прошлое (а на основании их - и будущее) начинают вызывать эмоциональный резонанс. Речь в свою очередь обозначает, дифференцирует и обобщает эмоциональные переживания. Благодаря включению эмоций в речевые процессы первые теряют в своей яркости, непосредственности, зато выигрывают в осознанности, в возможности их интеллектуализации.

Эмоциональная система является одной из основных регуляторных систем, обеспечивающих активные формы жизнедеятельности организма.

Как любая система регуляции, эмоциональная регуляция состоит из афферентного и эфферентного звеньев. Ее афферентное звено одной стороной обращено к процессам, происходящим во внутренней среде организма, другой - к внешней.

Из внутренней среды она получает информацию об общем состоянии организма (которое расценивается глобально как комфортное или дискомфортное), о физиологических потребностях. Наряду с этой постоянной информацией в экстремальных, часто патологических случаях возникают реакции на сигналы, обычно не достигающие до уровня эмоциональной оценки. Эти сигналы, часто связанные с витальным неблагополучием отдельных органов, вызывают состояния беспокойства, тревоги, страха и т. п.

Что касается информации, поступающей из внешней среды, то афферентное звено эмоциональной системы чувствительно к тем ее параметрам, которые непосредственно сигнализируют о возможности в настоящем или будущем удовлетворения актуальных потребностей, а также реагирует на любые изменения внешней среды, несущие угрозу или ее возможность в будущем. В круге явлений, чреватых опасностью, учитывается также

информация, синтезируемая когнитивными системами: возможности сдвига среды в сторону неустойчивости, неопределенности, информационного дефицита.

Таким образом, когнитивная и эмоциональная системы совместно обеспечивают ориентировку в окружающем.

При этом каждая из них вносит свой особый вклад в решение этой задачи.

По сравнению с когнитивной эмоциональная информация менее структурирована. Эмоции являются своеобразным стимулятором ассоциаций из разных, порой не связанных друг с другом областей опыта, что способствует быстрому обогащению исходной информации. Это система «быстрого реагирования» на любые важные с точки зрения потребностной сферы изменения внешней среды.

Параметры, на которые опираются когнитивная и эмоциональная системы при построении образа окружающего, часто не совпадают. Так, например, интонация, недружелюбное выражение глаз с точки зрения аффективного кода имеют большее значение, чем противоречащие этому недружелюбию высказывания. Интонация, выражение лица, жесты и другие паралингвистические факторы могут выступать как более значимая информация для принятия решения.

Несовпадения когнитивных и эмоциональных оценок окружающего, большая субъективность последних создают условия для различных трансформаций, приписывания окружающему новых значений, сдвигов в область ирреального. Благодаря этому в случае чрезмерного давления окружающего эмоциональная система осуществляет также защитные функции.

Эфферентное звено эмоциональной регуляции обладает небольшим набором внешних форм активности: это различные виды выразительных движений (мимика, экспрессивные движения конечностей и тела), тембр и громкость голоса.

Основной же вклад эфферентного звена - участие в регуляции тонической стороны психической деятельности. Положительные эмоции повышают психическую активность, обеспечивают «настроенность» на решение той или иной задачи. Отрицательные эмоции, чаще всего снижая психический тонус, обуславливают в основном пассивные способы защиты. Но ряд отрицательных эмоций, таких как гнев, ярость, активно усиливают защитные возможности организма, в том числе на физиологическом уровне (повышение мышечного тонуса, артериального давления, увеличение вязкости крови и т. д.).

Очень важно, что одновременно с регуляцией тонуса других психических процессов происходит тонизация и отдельных звеньев самой эмоциональной системы. Благодаря этому обеспечивается стабильная активность тех эмоций, которые в данный момент доминируют в аффективном состоянии.

Активация одних эмоций может облегчить протекание других, не поддающихся в данный момент непосредственному воздействию. И наоборот, одни эмоции могут оказывать тормозящее влияние на другие. Это явление широко используется в практике психотерапии. При столкновении разных по знаку эмоций («эмоциональный контраст») увеличивается яркость положительных эмоциональных переживаний. Так, сочетание небольшого страха с ощущением безопасности используется во многих детских играх (подбрасывание ребенка взрослым кверху, катание с гор, прыжки с высоты и т. д.). Такие «качели», по-видимому, не только активизируют эмоциональную сферу, но и являются своеобразным приемом ее «закаливания».

Потребность организма в поддержании активных (стенических) состояний обеспечивается постоянным эмоциональным тонизированием. Поэтому в процессе психического развития создаются и совершенствуются различные психотехнические средства, направленные на превалирование стенических эмоций над астеническими.

Также важен уровень нарушения, определяющий качество патологического процесса.

Так, при явлениях гипердинамики патологические эмоции имеют стенический характер (проявления бурной радости, либо гнева, ярости, агрессии и т. д.).

В крайних вариантах гипердинамики можно предположить как бы «отнимание» энергии у других психических систем. Это явление имеет место при кратковременных сверхсильных эмоциях, сопровождающихся сужением сознания, нарушением ориентировки в окружающем. В патологии такие нарушения могут носить и более длительный характер.

Слабость (гиподинамия) нейродинамического процесса прежде всего будет проявляться на корковом (наиболее энергоемком) уровне в виде эмоциональной лабильности, быстрой пресыщаемости. В более тяжелых случаях центр тяжести нарушений перемещается с высших на базальные центры, которые уже не в состоянии поддерживать собственную энергетику на нужном уровне. В этих случаях на угрозу витальным константам организма эмоциональная система отвечает тревогой, страхом.

Возникновение таких кризисных явлений наблюдается при различной патологии, особенно часто - при длительной психогенной травматизации.

По Дж. Каплану и др., реакция на затяжную психогенную ситуацию разворачивается по известному механизму стресса: первоначально наблюдается рост напряжения, стимулирующий привычные схемы решения проблемы, в случае их малой эффективности наблюдается мобилизация всех внутренних и внешних источников; при неуспехе возникают тревога, депрессия. Явления тяжелого эмоционального истощения могут иметь катастрофические последствия для жизнедеятельности организма.

В связи с этим в процессе эволюции не мог не создаться специальный механизм, предохраняющий организм от энергетических трат, превосходящих его возможности.

Можно думать, что такой генетически ранней формой защиты, наблюдаемой у животных, является поведение, названное «смещенной активностью». В конфликтных условиях, когда определенное требуемое поведение не может быть реализовано, включается другой тип реагирования, ситуационно не связанный с первым. Так, например, по наблюдениям этологов, чайка, которая только что демонстрировала агрессивное поведение при угрозе неудачи внезапно прекращает агрессию и обращается к чистке собственных перьев, клеванию и т. д. Возникшее напряжение находит обходной путь, выливается в другие формы активности.

Среди исследователей существуют различные точки зрения на характер этого механизма. Одни рассматривают «смещенную активность» как результат действия особого центрального механизма в условиях конфликта, переключающего возбуждение на другие моторные пути. Другие считают, что в этом случае возникает взаимоторможение противоположных состояний (например, страха и агрессии). Это ведет к растормаживанию других стереотипов поведения (Хайнд.).

Однако, как бы ни был построен конкретный механизм «смещенного поведения», его задача не допустить степени напряжения, опасной для жизни организма.

Создается впечатление, что в описанном К. Левином феномене «пресыщения» имеется сходный механизм защиты от эмоционального перенапряжения. Признаками «пресыщения» являются: сначала - появление вариаций, изменяющих смысл действия, а затем - и его распад. В ситуации, когда, невозможно прекратить действие, вызвавшее пресыщение, легко возникают негативные эмоции, агрессия.

Как показали опыты Дембо, пресыщение нарастает тем быстрее, чем изначально более аффективно заряженной была ситуация, (независимо от знака эмоции: + или -) Скорость нарастания пресыщения определяется не только характером эмоции, но и силой аффективного возбуждения. При этом если в условиях пресыщения смена одного действия другим еще возможна (что многократно подтверждено экспериментально), то в условиях истощения попытка смены действия уже не дает эффекта.

Таким образом, наиболее значимой является граница, отделяющая физиологическое напряжение, свойственное нормальному процессу, от патологического, ведущего к невозможным энергетическим тратам. Сильное патологическое напряжение представляет опасность для всего организма, энергетические возможности которого ограничены. Можно думать, что система эмоциональной регуляции «держит руку» на пульсе энергетического

баланса организма и в случае опасности она посылает сигналы тревоги, интенсивность которых увеличивается по мере нарастания угрозы организму.

Работа по гармонизации аффективной сферы, формирование и коррекция иерархии уровней базовых аффективных составляющих должны лежать в основе всей работы психолога с эмоционально-личностной сферой ребенка, «выстраивания» его межличностных отношений.

Все социально-личностное становление ребенка является естественным продолжением формирования в раннем возрасте и дальнейшим «наращиванием» базальной структуры аффективных регуляций, базовых аффективных составляющих всей психической деятельности человека.

В этой связи становится максимально актуальной не только развивающе-коррекционная работа с «верхними» феноменологическими уровнями эмоционально-личностной сферы и межличностных отношений детей и подростков, но и, в первую очередь, гармонизация базальной аффективной сферы как основы поведения и сознания человека.

Одной из первых задач, решаемых в контексте уровневого подхода к работе с эмоционально-аффективными структурами, является преимущественная ориентация воздействий на собственные резервы и механизмы базальной аффективной сферы.

Несмотря на то, что разработано множество психотерапевтических приемов и методов, направленных на изменение эмоционального состояния, необходимо учитывать, что любое вмешательство в аффективную сферу.

Поэтому второй, и важнейшей, задачей психологической работы является ориентация на структуру уровней в патологически измененной или несформированной аффективной системе. Таким образом, психокоррекционная работа уже с самого начала ориентируется не на деактуализацию определенных эмоционально травмирующих ситуаций, купирование отдельного патологического симптома, а на определенный уровень проявления этого симптома. Ведь отработка, даже очень качественная, правильных социально приемлемых эмоциональных реакций в одной конкретной ситуации не может гарантировать адекватности ребенка в других обстоятельствах.

Поэтому третья задача состоит в поиске места данного симптома в иерархии признаков аффективной дезадаптации. Правильно выбранные психокоррекционные приемы должны помочь ребенку усовершенствовать доступные ему способы аффективной адаптации к окружающему (в широком смысле этого слова), обеспечить ему максимально возможный комфорт в контакте с окружающим миром, побудить к углублению этого контакта, к усложнению возникающих аффективных задач, тем самым формируя механизмы эмоциональной адаптации нового, более «высокого» уровня регуляции.

Вместе с тем выбор точных психокоррекционных приемов еще не может сам по себе обеспечить успех. Психокоррекционный подход должен сочетать прицельную «тактическую» работу над дефицитарными механизмами аффективной адаптации с общим «стратегическим» воздействием на аффективную структуру в целом, то есть отладку целостной структуры базальной аффективной организации. Поэтому четвертой задачей психолога в его работе с базальной эмоциональной сферой является определение синдрома имеющегося отклонения аффективного развития, то есть выявление «искажений» иерархии отношений внутри системы аффективной организации и связанная с этим разработка коррекционных воздействий, направленных на переструктурирование данной системы.

Такая организация коррекционной работы включает, во-первых, укрепление смысловой иерархической связи между аффективными уровнями, в которой доминирующую роль играет четвертый уровень, организующий эмоциональное взаимодействие с другими людьми и контролирующей с этой точки зрения включение низших отделов, и, во-вторых, она предполагает стимуляцию развития тонической функции всех базальных уровней. Это способствует поддержанию активности, устойчивости, направленности ребенка на контакт с окружающим миром, адекватное общение с людьми, стремление к преодолению трудностей.

Содействие развитию тонической регуляции эмоциональной системы, обеспечение для этого притока необходимых аффективных впечатлений является пятой задачей, решаемой в программе уровневой регуляции аффективной сферы. Необходимая интериоризация приемов тонизирования аффективной регуляции достигается отработкой приемов поведения в адекватных культуре играх и навыках социального поведения. Идеальной целью коррекционных программ, в основе которых лежит уровневый подход к строению аффективной сферы, является формирование устойчивых поведенческих механизмов, обеспечивающих на доступном ребенку уровне стабильность в саморегуляции внутренних аффективных процессов и эмоциональную адекватность в контактах с окружающим миром.

Программа гармонизации уровневой регуляции представляет собой определенный последовательный ряд этапов, опирающихся на выявленный характер дезадаптации или несформированности аффективной сферы, складывающийся в целостный синдром аффективной дезадаптации (соответствующий тому или иному типу отклоняющегося развития). Точно так же выявление сохранных уровней аффективной организации, чувствительность ребенка к стимулам следующего (несформированного или дезадаптированного) аффективного уровня позволяют непосредственно актуализировать ту зону ближайшего развития, которая актуальна не только в работе с интеллектуальным недоразвитием, но может быть определена и по отношению к работе со сферой аффекта и эмоций.

Таким образом, основные принципы построения коррекционных программ, сохраняют свою актуальность и в программе уровневой регуляции аффективной сферы. Еще раз подчеркнем, что характер, последовательность и организация каждого этапа программы отражают не только особенности работы с детьми с искаженным развитием преимущественно эмоционально-волевой сферы (ранний детский аутизм), на модели которого она и была разработана, но и могут быть «транслированы» на различные виды отклоняющегося развития.

Первоначальными условиями проведения эффективной коррекционной работы является выявление «глубины» аффективной дезадаптации и ее соотношения с уровнем несформированности (недоразвития) познавательной деятельности.

На начальном этапе работы необходимо установить аффективный контакт, эмоциональное взаимодействие с ребенком на основе доступных ему уровней аффективной организации. Психологическая коррекция данного типа предполагает одновременное развитие тонической основы аффективной регуляции и отработку способов аффективного приспособления к окружающему. Первая тенденция должна несколько опережать вторую. Вначале необходимо «поднять» эмоциональный тонус ребенка за счет привычных ему впечатлений, соответствующих тому уровню аффективной организации, к которому он максимально приспособлен. Одновременно с помощью соответствующих приемов должна развиваться потребность ребенка во впечатлениях доступных ему уровней, находящихся исходно в «угнетенном» состоянии, и формироваться социально адекватные способы их получения во взаимодействии с внешним миром.

Регуляция эмоционального взаимодействия с ребенком также сначала должна происходить на основе доступного ему уровня организации. На высшем из доступных уровней проводится достаточно длительная отработка взаимоотношений с окружающим, восстановление адекватной этому уровню аффективной картины мира, способов реагирования на его (мира) воздействия.

Любое коррекционное воздействие должно осуществляться под эмоциональным контролем четвертого уровня с «настройкой» ребенка на эмоциональное сопереживание. Возможность такого эмоционального включения и сопереживания является критерием формирования адекватных способов тонизирования.

На основе достигнутого «благополучия» в контактах с миром становится возможным усложнение этого взаимодействия с одновременным формированием механизмов следующего уровня, что способствует формированию более сложных способов поведения, соответствующих этому новому уровню. Но и эта работа не может быть изолирована от

эмоционального сопереживания и контакта с близкими, расширения «стереотипов» взаимодействий с ребенком и форм эмоционального контакта.

Подобное «упорядочение базальной аффективной организации дает возможность перейти к работе по развитию самосознания, самооценки ребенка, ролевых отношений, социально-адекватных его возрасту и интересам».

Первый уровень исходно связан с наиболее примитивными, пассивными формами психической адаптации. Аффективные переживания на этом уровне еще не содержат положительной или отрицательной оценки, они связаны лишь с общим ощущением комфорта или дискомфорта.

Основными коррекционными приемами на данном уровне являются:

1) Учет места и обстановки, в которых проводится коррекционно-развивающее обучение. Необходимо использовать постоянное помещение с удобной мебелью с таким цветом стен и освещением, которые способствуют снятию напряжения.

2) Использование звуковых, цветовых, тактильных стимулов во время проведения уроков. Опыт нашей работы показал, что психорегулирующие тренировки с использованием сенсорных стимулов создают благоприятный эмоциональный фон и способствуют эффективности образовательного процесса.

Второй уровень отвечает за выработку стереотипных эмоциональных реакций на ощущения всех модальностей: слуховых, зрительных, тактильных, вкусовых и т.д.

Активизация этого уровня эмоциональной регуляции в процессе коррекции достигаются следующими психотехническими приемами:

- Сосредоточение ребенка на чувственных (мышечных, вкусовых, тактильных и прочих) ощущениях;
- Сосредоточение на восприятии и воспроизведении простых ритмических стимулов.

Разнообразные психотехнические приемы, такие как ритмические повторы, ритуальные действия, прыжки, раскачивания и пр., способствуют не только расслаблению ребенка, но и его мобилизации.

Аффективные переживания третьего уровня связаны уже не с самим удовлетворением потребности как это было на втором уровне, а с достижением желаемого. Они отличаются большой силой и полярностью. Если на втором уровне нестабильность ситуации, неизвестность, опасность, неудовлетворенное желание вызывает тревогу, страх, то на третьем они мобилизуют субъекта на преодоление трудностей. На данном уровне аффективной организации ребенок испытывает интерес к неожиданному впечатлению, стремится к преодолению опасности.

В процессе коррекционной работы уровень аффективной экспансии стимулируется следующими психотехническими приемами:

- Организация игры, в которой ребенок переживает чувство соперничества, соревновательности, риска;
- Организация игр с преодолением трудных конфликтных ситуаций;
- Разыгрывание с детьми устрашающих сюжетов, аффективно значимых для них, с перспективой успешного разрешения проблемы.

Четвертый – уровень эмоционального контроля (высший уровень системы базальной эмоциональной регуляции). На уровне эмоционального контроля закладывается аффективная основа произвольной организации поведения человека, то есть поведение ребенка уже становится поступком, который строится с учетом отношения к нему другого человека. В случае неудачи адаптации ребенок на этом уровне уже не реагирует ни уходом, ни двигательной бурей, ни направленной агрессией, как это возможно на предыдущих уровнях, – он обращается за помощью к другим людям. Таким образом, на этом уровне происходит совершенствование аффективной ориентировки в себе, что является важной предпосылкой развития самооценки как важного фактора саморегуляции поведения.

Для того, чтобы сделать попытку установления эмоционального контакта успешной, психолог должен постараться организовать ситуацию общения так, чтобы она была для

ребенка комфортной, подкреплялась приятными впечатлениями и не требовала недоступных для него форм взаимодействия. Сначала ребенок должен получить опыт комфортного общения, и только потом, добившись привязанности, создав некоторый кредит доверия, специалист может постепенно развивать более сложные формы взаимодействия.

Тема 5. Коррекция агрессивного поведения детей, подростков и юношей.

Понятие агрессии и агрессивности. Причины агрессивного поведения подростков и юношей. Типология агрессии и агрессивного поведения. Самоагрессия. Агрессия по отношению к окружающим объектам и людям. Агрессивное отношение к близкому человеку. Генерализованная агрессия. Устойчивые агрессивные действия. Агрессивный контакт. Девиантное и делинквентное поведение подростков и юношей как результат общей эмоциональной нестабильности. Общие принципы коррекции агрессии и агрессивного поведения. Основные направления коррекции агрессии.

Слово агрессия происходит от латинского «aggređi», что означает «нападать». Оно издавна бытует в европейских языках, однако, значение ему придавалось не всегда одинаковое. До начала XIX века агрессивным считалось любое активное поведение, как доброжелательное, так и враждебное. Позднее, значение этого слова изменилось, стало более узким.

Бендер понимает под агрессией сильную активность, стремление к самоутверждению, Дельгадосчитает, что агрессия – это акты враждебности, атаки, разрушения, то есть действия, которые вредят другому лицу или объекту. Человеческая агрессивность есть поведенческая реакция, характеризующаяся проявлением силы в попытке нанести вред или ущерб личности или обществу, Уильсонтрактует агрессию, как физическое действие или угрозу такого действия со стороны одной особи, которые уменьшают свободу или генетическую приспособленность другой особи.

Э. Фромм определяет агрессию более широко – как нанесение ущерба не только человеку или животному, но и любому неодушевленному предмету.

Басс дает следующее определение агрессии: агрессия – это любое поведение, содержащее угрозу или наносящее ущерб другим. Некоторые авторы отмечают, что для того чтобы те или иные действия были квалифицированы как агрессия, они должны включать в себя намерение обиды или оскорбления, а не просто приводить к таким последствиям.

Е.В. Змановская называет агрессией любую тенденцию (стремление), проявляющуюся в реальном поведении или даже в фантазировании, с целью подчинения себе других, либо доминировать над ними. Подобное определение агрессии исключает ряд достаточно часто встречающихся агрессивных проявлений, в частности, таких как аутоагрессия, агрессия, направленная на неодушевленные предметы и т.д.

Несмотря на различия в определении понятия агрессии у разных авторов, идея причинения ущерба (вреда) другому субъекту присутствует практически всегда. Как отмечает А.А. Реан, вред (ущерб) человеку может наноситься и посредством причинения вреда любому неживому объекту, от состояния которого зависит физическое или психологическое благополучие человека.

По определению Е.П. Ильина, агрессивность – это свойство личности, которое отражает склонность к агрессивному реагированию при возникновении фрустрирующей и конфликтной ситуации. Агрессивное действие – это проявление агрессивности, как ситуативной реакции. Если же агрессивные действия периодически повторяются, то в этом случае следует говорить об агрессивном поведении. Агрессия же – это поведение человека в конфликтных и фрустрирующих ситуациях.

По определению А.А. Реана, агрессивность – это готовность к агрессивным действиям в отношении другого, которую обеспечивает (подготавливает) готовность личности воспринимать и интерпретировать поведение другого соответствующим образом. Агрессивность как личностная черта входит в группу таких качеств, как враждебность, обидчивость, недоброжелательность и т.д. В связи с этим А.А. Реан выделяет потенциально

агрессивное восприятие и потенциально агрессивную интерпретацию как устойчивую личностную особенность мировосприятия и миропонимания.

Алфимова М.В. и Трубников В.И. отмечают, что агрессия часто ассоциируется с негативными эмоциями, мотивами и даже с негативными установками. Все эти факторы играют важную роль в поведении, но их наличие не является необходимым условием для агрессивных действий. Агрессия может разворачиваться как в состоянии полнейшего хладнокровия, так и чрезвычайно эмоционального возбуждения. Также совершенно не обязательно чтобы агрессоры ненавидели тех, на кого направлены их действия. Многие причиняют страдания людям, к которым относятся скорее положительно, чем отрицательно. Агрессия имеет место, если результатом действий являются какие-либо негативные последствия.

В. Клайн считает, что в агрессивности есть определенные здоровые черты, которые просто необходимы для активной жизни. Это – настойчивость, инициатива, упорство в достижении цели, преодоление препятствий. Эти качества присущи лидерам.

Реан А.А., Бютнер К. и другие рассматривают некоторые случаи агрессивного проявления как адаптивное свойство, связанное с избавлением от фрустрации и тревоги.

По определению Э.Фромма, кроме разрушительной, агрессия выполняет еще и адаптивную функцию, т.е. является доброкачественной. Она способствует поддержанию жизни и является реакцией на угрозу витальным потребностям. К. Лоренц считает агрессию важным элементом эволюционного развития.

Э.Фромм предлагал рассматривать две разновидности агрессивного поведения:

1. доброкачественную агрессию;
2. злокачественную агрессию.

Э.Фромм считает, что человек психологически культурен лишь в той степени, в какой он оказывается в состоянии контролировать в себе стихийное начало. Если механизмы контроля ослаблены, то человек склонен к проявлению злокачественной агрессии, синонимами которой можно считать деструктивность и жестокость.

Аналогично Фромму, в настоящее время психологи выделяют два вида агрессии и вкладывают в них приблизительно тот же смысл:

– конструктивная агрессия (открытые проявления агрессивных побуждений, реализуемые в социально приемлемой форме, при наличии соответствующих поведенческих навыков и стереотипов эмоционального реагирования, открытости социальному опыту и возможности саморегуляции и коррекции поведения);

– деструктивная агрессия (прямое проявление агрессивности, связанное с нарушением морально-этических норм, содержащее элементы делинквентного или криминального поведения с недостаточным учетом требований реальности и сниженным эмоциональным самоконтролем).

В связи с этим Румянцева Т.Р. предлагает определять степень агрессивности поведения в связи с нормами, которые формируют своеобразный механизм контроля за обозначением тех или иных действий. Понятие нормы формируется в процессе социализации ребенка. Отсюда, поведение можно назвать агрессивным при наличии двух обязательных условий:

1. когда имеют место губительные для жертвы последствия;
2. когда нарушены нормы поведения.

Многим детям (любого возраста) свойственна агрессивность. Переживания и разочарования ребенка, которые взрослым кажутся мелкими и незначительными, оказываются весьма острыми и трудно переносимыми для ребенка именно в силу незрелости его нервной системы, поэтому наиболее удовлетворительным для ребенка решением может оказаться и физическая реакция, особенно при ограниченности способности ребенка к самовыражению.

Выделяются 2 наиболее частые причины агрессии у детей (в том числе, в подростковом возрасте): 1) это боязнь быть травмированным, обиженным, подвергнуться нападению, получить повреждения. Чем сильнее агрессия, тем сильнее стоящий за ней страх; 2)

пережитая обида, или душевная травма, или само нападение. Очень часто страх порождается нарушенными социальными отношениями ребенка и окружающих его взрослых.

Многие родители не в состоянии признать, что поведение их детей жестокое. Особенно часто оправдывают мальчиков подростков, юношей. До определенной степени это справедливо: мальчики, юноши в силу некоторой природной предрасположенности легче перенимают агрессивную манеру поведения и они тяжелее осваивают взаимодействие через слово, речь.

Не все родители осуждают такое поведение. Считают, что главное - научить ребенка отстаивать свои интересы (каким образом - не так уж и важно). Лучше заставить других подчиняться тебе, чем наоборот. Конечно, ребенок должен уметь за себя постоять. Но жестокость, враждебность, склонность к насилию, в конце концов, обернутся и против него.

Одно из объяснений: передается по наследству. У родителей, не сдерживающих свою враждебность и дети - агрессоры. Другая точка зрения: дети просто берут за образец родительский стиль поведения.

Ещё одно объяснение: агрессия закрепляется как способ преодоления препятствия на жизненном пути. Подросток ещё не владеет в достаточной мере конструктивными способами разрешения проблем. Они ведь достаточно сложны даже для некоторых взрослых. Агрессия же ему знакома и вполне доступна. Если такое поведение приводит к успеху, зачем искать другие пути? Ударь, и не надо искать других аргументов.

Детей не надо наказывать за проявления агрессивности, а надо показывать другой способ реагирования на затруднение, причем не менее успешный. Ведь агрессия ведет только к временной победе.

Возможно, причина агрессии - в заниженной самооценке подростка. Он не уверен в себе, боится критики, постоянно опасается попасть впросак. Тогда весь окружающий мир начинает восприниматься как враждебный. И это может находить выход в необъяснимых иногда агрессивных действиях.

Физическая агрессия может выражаться как в драках, так и в форме разрушительного отношения к вещам. Школьники рвут книги, разбрасывают и крушат какие - либо предметы в классе, ломают нужные вещи, поджигают их. Иногда агрессивность и разрушительность совпадают, и тогда ребенок может швырять предметы в других детей или взрослых. Такое поведение в любом случае мотивировано потребностью во внимании, какими-то драматическими событиями.

Некоторые дети склонны к вербальной агрессии (оскорбляют, дразнят, ругаются), за которой часто стоит неудовлетворительная потребность почувствовать себя сильным или отыграться за собственные обиды. Бывает, что брань является средством выражения эмоций в неожиданных неприятных ситуациях: например, подростка поддразнили или задели.

Большое значение для появления агрессивности в подростковом возрасте, по мнению ряда авторов, имеет популярность ребенка в группе сверстников. Не имея адекватных средств общения, подросток кулаками стремится занять лидерское место в группе. В различные возрастные периоды решающее значение для получения популярности имеют различные требования со стороны группы. Имеют значение интеллектуальный уровень, развитие речи, физическое развитие, ловкость, степень владения различными видами деятельности. Среди школьников ценятся также внешний вид и красивая одежда, общительность и т.д. Подобные факторы полностью определяют положение подростка в коллективе сверстников.

Существует много способов классификации агрессивных проявлений.

По направленности на объект агрессию разделяют на: внешнюю (гетеро), характеризующуюся открытым проявлением агрессии в адрес конкретных лиц (прямая агрессия) либо на безличные обстоятельства, предметы или социальное окружение (смещенная агрессия). Ребенок набрасывается с кулаками на своего обидчика или «срывает злость» на окружающих, издевается над животными, портит вещи обидчика и

пр.; внутреннюю (ауто), характеризующуюся выражением обвинений или требований, адресованных самому себе.

По способу выражения существует агрессия: произвольная, возникающая из желания, намерения воспрепятствовать, навредить кому-либо, обойтись с кем-то несправедливо, кого-нибудь оскорбить. Например, подросток, который не хочет, чтобы родители заходили в его комнату, высказывает им свое недовольство в довольно грубой форме. Сюда же относится и вынашивание планов мести за нанесенную обиду, выжидание удобного момента для нанесения ответного удара; непроизвольная, представляющая собой нецеленаправленный и быстро прекращающийся взрыв гнева или ярости, когда действие неподконтрольно субъекту и протекает по типу аффекта. Наиболее иллюстративной может быть детская истерика, когда ребенок бросает в обидчика все, что подвернется под руку.

По конечной цели выделяют агрессию:

1) инструментальную (конструктивную), когда действия имеют позитивную ориентацию и направлены на достижение цели нейтрального характера, а агрессия используется при этом лишь в качестве средства и направлена на достижение какой-либо цели, получение результата, а не нанесение вреда. Такой вид агрессии выделяют, в частности, Р. Бэрон и Д. Ричардсон. Например, врач, который делает операцию больному с целью спасти его жизнь, причиняет ему совершенно определенную физическую боль и душевные страдания;

2) враждебную (деструктивную), когда в действиях прослеживается стремление к насилию, а их целью является нанесение вреда другому человеку. Агрессия данного вида определяется как враждебная - это ответ на реальную, предполагаемую или вымышленную угрозу для преднамеренного причинения вреда. Большинство преступлений против жизни, чести, достоинства, прав и имущества других людей можно отнести к этой категории агрессии.

По форме выражения различают:

1) вербальную агрессию - выражение негативных чувств как через форму (крик, визг) или через содержание (оскорбления, ругань, сплетни, распускание слухов) словесных ответов.

2) косвенную агрессию - действия, направленные окольным путем на другое лицо, хоть как-то связанное с обидчиком (например, когда несправедливо наказанный учителем школьник бьет учительского любимчика) или ни на кого не направленные (бросание предметов, удары кулаком по столу, топанье ногами);

Выделяют косвенную или прямую вербальную агрессию:

- косвенная вербальная агрессия направлена на обвинение или угрозы сверстнику, которые осуществляются в различных высказываниях. Это могут быть жалобы, демонстративный крик, направленный на устранение сверстника, агрессивные фантазии.

- прямая вербальная агрессия представляет собой оскорбления и вербальные формы унижения другого. Традиционными «детскими» формами прямой вербальной агрессии являются: дразнилки и оскорбления.

2) физическую агрессию - предпочтительное использование физической силы против другого лица (драка, толчки, подножки и пр.). Физическая агрессия также может иметь косвенную и прямую форму:

- косвенная физическая агрессия направлена на принесение какого-либо материального ущерба другому через непосредственные физические действия. В дошкольном возрасте это могут быть: разрушение продуктов деятельности другого, уничтожение или порча чужих вещей.

- прямая физическая агрессия представляет собой непосредственное нападение на другого и нанесение ему физической боли и унижения. Она может принимать символическую и реальную форму. Символическая агрессия представляет собой угрозы и запугивание, прямая агрессия - непосредственное физическое нападение (драка). Среди ситуаций, провоцирующих агрессивность детей, выделяется следующее: привлечение к себе

внимания сверстников, ущемление достоинств другого с целью подчеркнуть свое превосходство, защита и месть, стремление быть главным, стремление получить желанный предмет.

Проявления самоагрессии встречаются у детей достаточно часто. Они возникают при ломке привычного жизненного стереотипа – единственно возможного для него условия существования: например, при изменении привычной обстановки в комнате, смене педагога, запрещении обычно дозволенного действия и т. д. Внешне самоагрессия обретает форму характерных для ребенка разрядов аутостимуляции, доведенных до сильных болезненных ощущений. Например, увеличивая амплитуду раскачиваний, он с силой ударяется головой об стену. Самоагрессия здесь вырастает из защитной (заглушающей внешние отрицательные воздействия) аутостимуляции в тех случаях, когда дискомфорт настолько силен для ребенка, что обычная доза аутостимуляционных приемов не может его нейтрализовать.

В такой ситуации бессмысленно обращаться к ребенку с уговорами, запретами, пытаться отвлечь его – все это лишь усиливает его напряжение и ужесточает самоагрессию. Вместе с тем ее надо срочно купировать, так как часто она опасна для ребенка. Если это возможно, следует быстро восстановить измененный стереотип, т. е. исправить катастрофическую для ребенка ситуацию. Однако в большинстве случаев изменение, доставляющее столько страданий аутичному ребенку второй группы, бывает вынужденным, и устранить его сложно (заболел педагог, к которому привык ребенок, сломалась любимая игрушка и т. д.). Кроме того, взрослый не всегда может догадаться, что именно из изменившихся деталей особенно расстроило ребенка.

Наиболее действенным оказывается следующий способ оказания «скорой помощи»: взрослый начинает сопереживать ребенку, «голоса» вместе с ним в унисон его отрицательным переживаниям, обозначая подходящими словами его состояние. В такой ситуации перенасыщения отрицательным аффектом ребенок почти всегда на время успокаивается, и, что особенно ценно, может принять формулировку взрослого и использовать ее в другой ситуации острого дискомфорта.

Циклические агрессивные разряды. Это наиболее грубые проявления избирательной агрессии, обрушивающейся на игрушки и другие предметы, привлечшие внимание ребенка. Подобное поведение, возможно, связано с повышенной пресыщаемостью аутичного ребенка, доставляющей ему ощущение выраженного дискомфорта и провоцирующей желание уничтожить объект, который для него был особо интересен. Справиться с такими агрессивными разрядами очень трудно – лучше, опираясь на знания о том, что для данного ребенка является особенно аффективно значимым, вовсе избегать появления этих предметов во время занятия.

Импульсивные агрессивные действия, связанные с примитивными влечениями, направленные на окружающих людей. Это – навязчивое стремление дергать за волосы, раздирать руку, вдавливать подбородком в плечо взрослого. Если подобные действия при попытке общения с ребенком усиливаются, необходимо пытаться перебить их достаточно интенсивными более адекватными взаимодействиями: крепко обнять ребенка или, прижимая к себе, покачать. Не следует бояться обилия тактильных контактов: на доступном ребенку уровне аффективной адаптации они естественны. Когда эта ситуация отработана многократно и ребенок каждый раз получает поддержку взрослого, частота и интенсивность подобной формы агрессии заметно снижаются. У ребенка обычно остается лишь потребность «отметиться» – подойти, прикоснуться подбородком к плечу взрослого.

Агрессия по отношению к близким. Она может возникать в ситуациях особого напряжения, дискомфорта, запрета. Особенно часто страдает мать, с которой такой ребенок находится в состоянии аффективного симбиоза, и направленные на нее агрессивные разряды, по сути дела, являются формой самоагрессии. Чаще всего ребенок бьет маму или кусает ее, пытаясь в отчаянии заглушить невыносимые для него ощущения, так же, как он бьет себя, когда ему больно.

Генерализованная агрессия часто наблюдается при направленной активации ребенка и легко провоцируется сенсорными свойствами используемых в занятиях предметов: ребенок может разбрасывать мозаику или кубики, разливать воду, размазывать краску, хлопать дверцами шкафа, сбрасывать игрушки с полок, давить мыльные пузыри и т. д. Если пытаться в этот момент его переключить, то могут нарастать напряжение и усиливаться двигательные стереотипии. Однако эти действия нельзя и игнорировать, так как ребенок застрекает на них и сильно возбуждается, растормаживается. Необходимо по возможности «подключаться» к ним, проигрывать их вместе с ребенком, интерпретировать как позитивные, придавая им яркий аффективный смысл, который известен ребенку из его жизненного опыта. В то же время следует быть очень осторожными при выборе материала, с которым предстоит работать, чтобы не провоцировать ребенка на такие формы привычной аутостимуляции, к которым невозможно продуктивно «подключиться».

Свернутая психодрама отражает следующий закономерный этап повышения эмоционального тонуса ребенка и представляет собой агрессивные действия более избирательного и стойкого характера. Иногда они могут сопровождаться свернутыми речевыми комментариями. При этом ребенок приходит в возбуждение, усиливаются его аутостимуляторные действия. В основе подобного явления лежит, как показывает опыт коррекционной работы, ранее пережитый страх.

Агрессивный контакт следует отличать от импульсивных агрессивных действий по отношению к окружающим людям. Обычно агрессия подобного типа появляется у аутичных детей второй группы при заметном повышении их психического тонуса, уменьшении тревожности, смягчении страхов и представляет собой спонтанную попытку примитивного контакта с окружающими.

Стремление создавать агрессивные образы, гипертрофирующие какую-либо функцию или качество объекта, напоминает генерализованную агрессию у детей, тоже легко провоцируемую определенными сенсорными свойствами объектов (которые можно рассыпать, размазать, бросить и т. д.). В такой ситуации надо стараться ничем не подкреплять нежелательную активность ребенка, не интерпретировать его действия как положительные, так как это приведет лишь к их усилению, не оценивать отрицательно, иначе они будут использованы ребенком как средство негативного воздействия на взрослого. Нужно пробовать переключить ребенка на успокаивающее и организующее его занятие, например почитать его любимую книжку, сесть вместе с ним за рисование.

Агрессия по отношению к окружающим людям. Если у ребенка второй группы возможна импульсивная физическая агрессия по отношению к окружающим и ему присуща агрессия как проявление грубого влечения, то у детей третьей группы мы сталкиваемся с направленными агрессивными действиями, сочетающимися с ожиданием негативной реакции на них со стороны взрослого. Такой ребенок может плевать, царапаться, бить по ногам с целью рассердить взрослого, спровоцировать его на бурную аффективную реакцию. Чаще ребенок выбирает для этого кого-то из близких, но иногда и работающих с ним педагога или психолога, к которым достаточно привык. На подобные действия должен быть сразу наложен запрет, но выразить его следует осторожно, не дав почувствовать ребенку, что вы насторожились или испугались.

Аутоагрессивные тенденции у аутичных детей этой группы в наибольшей степени поддаются психокоррекционным воздействиям. Очевидный результат их устранения или ослабления дают разнообразные способы поднятия тонуса ребенка, укрепления его уверенности в себе. Такого ребенка необходимо постоянно подбадривать; не стоит опасаться «перехвалить» его по незначительному поводу. Надо помогать ему самоутвердиться даже на очень простом, не соответствующем его возрасту эмоциональном уровне.

Оценка любого поведения всегда подразумевает его сравнение с какой-то нормой, проблемное поведение часто называют девиантным, отклоняющимся.

Девиантное поведение – это система поступков, отклоняющихся от общепринятой или подразумеваемой нормы (психическое здоровье, права, культура, мораль).

Девиантное поведение подразделяется на две большие категории. Во-первых, это поведение, отклоняющееся от норм психического здоровья, подразумевающее наличие явной или скрытой психопатологии. Во-вторых, это поведение антисоциальное, нарушающее какие-то социальные и культурные нормы, особенно правовые. Когда такие поступки сравнительно незначительны их называют правонарушениями, а когда серьёзны и наказываются в уголовном порядке – преступлениями. Соответственно говорят о делинквентном (противоправном) и криминальном (преступном) поведении.

Делинквентность обычно начинается со школьных прогулов и приобщения к асоциальной группе сверстников. За этим следует мелкое хулиганство, издевательства над младшими и слабыми, отнимание мелких карманных денег у малышей, угон (с целью покататься) велосипедов и мотоциклов. Реже встречаются мошенничество и мелкие спекулятивные сделки, вызывающее поведение в общественных местах. К этому могут присоединиться «домашние кражи» небольших сумм денег. Все эти действия в несовершеннолетнем возрасте не являются поводом для наказания в соответствии с УК.

Юношеский возраст вообще и ранняя юность в особенности представляют собой группу риска.

Во-первых, сказываются внутренние трудности переходного возраста, начиная с психогормональных процессов и кончая перестройкой Я-концепции. Во-вторых, пограничность и неопределённость социального положения подростков.

В-третьих, противоречия, обусловленные перестройкой механизмов социального контроля: детские формы контроля уже не действуют, а взрослые способы, предполагающие дисциплину и самоконтроль ещё не сложились или не окрепли.

Подростковая делинквентность в подавляющем большинстве имеет чисто социальные причины-недостатки воспитания прежде всего.

Росту делинквентности среди подростков сопутствуют социальные потрясения, влекущие безотцовщину и лишаящие семейной опеки.

Делинквентность далеко не всегда связана с аномалиями характера, с психопатологиями. Однако при некоторых из этих аномалий, включая крайние варианты нормы в виде акцентуаций характера, имеется меньшая устойчивость в отношении неблагоприятного воздействия непосредственного окружения, большая податливость пагубным влияниям.

Появление социально неодобряемых форм поведения говорят о состоянии, называемом социальной дезадаптацией. Как бы ни были разнообразны эти формы, они почти всегда характеризуются плохими отношениями с другими детьми, которые проявляются в драках, ссорах, или, например, агрессивностью, демонстративным неповиновением, разрушительными действиями или лживостью.

Они также могут включать антиобщественные поступки, такие, как воровство, прогулы школы и поджоги. Между этими различными формами поведения существуют важные связи. Они проявляются в том, что те дети, которые в раннем школьном возрасте были агрессивными и задиристыми, став старше, с большей вероятностью станут проявлять склонность к асоциальному поведению.

Синдром социальной дезадаптации гораздо чаще встречается среди мальчиков. Что отчётливо проявляется в случаях антиобщественных поступков.

Подросткам с так называемыми социализированными формами антиобщественного поведения не характерны эмоциональные расстройства и, более того, они легко приспосабливаются к социальным нормам, внутри тех антиобщественных групп друзей чем родственников, к которым принадлежат. Такие дети часто происходят из больших семей, где применяются неадекватные меры воспитания и где антиобщественные формы поведения усваиваются из непосредственного семейного окружения.

Наоборот, плохо социализированный, агрессивный ребёнок находится в очень плохих отношениях с другими детьми и со своей семьёй. Негативизм, агрессивность, дерзость и мстительность – вот основные черты его характера.

Все формы отклоняющего поведения закономерно приводят к нарушению законодательных норм. Выход за рамки социальных правил, сопровождающийся необычайной жестокостью, всегда подозрителен как возможная психическая аномалия.

Девиантные и делинквентные формы поведения – это приспособление к социальным и психологическим реалиям отрочества и юности, хотя и осуждаемое обществом за свой экстремизм.

Для того чтобы результат работы с агрессивным ребенком был устойчивым, необходимо, чтобы коррекция носила системный, комплексный характер, предусматривающий проработку каждой характерологической особенности данного ребенка. В противном случае эффект от коррекционной работы будет нестойким.

Т. П. Смирнова выделила 6 ключевых блоков, в рамках которых необходимо строить коррекционную работу:

1. Снижение уровня личностной тревожности;
2. Формирование осознания собственных эмоций и чувств других людей, развитие эмпатии;
3. Развитие позитивной самооценки;
4. Обучение ребенка отреагированию (выражению) своего гнева приемлемым способом, безопасным для себя и окружающих, а также отреагированию негативной ситуации в целом;
5. Обучение ребенка техникам и способам управления собственным гневом. Развитие контроля над деструктивными эмоциями;
6. Обучение ребенка конструктивным поведенческим реакциям в проблемной ситуации. Снятие деструктивных элементов в поведении. Отдельным блоком она выделила консультационную работу с родителями и педагогами, направленную на снятие провоцирующих факторов агрессивного поведения у детей.

Каждый блок направлен на коррекцию определенной психологической черты или особенности данного ребенка и содержит набор соответствующих психологических приемов и техник, позволяющих скорректировать данную особенность. Количество занятий с агрессивными детьми должно быть не менее 1–2 раз в неделю. Продолжительность занятий с детьми старшего дошкольного возраста – не более 40 мин., младшего школьного возраста – не более 60 мин.

Агрессивные дети – это та категория детей, которая наиболее осуждается и отвергается взрослыми. Непонимание и незнание причин агрессивного поведения приводит к тому, что агрессивные дети вызывают у взрослых открытую неприязнь и неприятие в целом. Взаимодействие со взрослым, готовым понять и принять его, дает агрессивному ребенку бесценный опыт (возможно, первый в его жизни). Он понимает, что взрослые бывают разные, а мир не так плох. Это может положительно сказаться на базовом доверии ребенка к людям и миру в целом. В целях проведения успешной коррекции можно выделить следующие принципы: контакте ребенком; уважительное отношение к личности ребенка; положительное внимание к внутреннему миру ребенка; безоценочное восприятие личности ребенка, принятие его в целом; сотрудничество с ребенком – оказание конструктивной помощи, направленной на отреагирование проблемных ситуаций иработку навыков саморегуляции и контроля.

Тема 6. Коррекция страхов и тревоги в детском, подростковом и юношеском возрасте.

Понятие страха. Страх и тревожность. Роль страхов в общем развитии эмоциональной сферы подростка и юноши. Причины развития страхов на различных этапах онтогенеза. Универсальные и возрастнo-специфичные страхи. Типологии страхов. Методы диагностики страхов. Основные направления психокоррекции страхов в подростковом и юношеском возрасте. Использование изобразительных техник, ролевой игры, литературных произведений в работе со страхами.

Страх - отрицательное эмоциональное состояние, которое возникает в случае получения субъектом информации о возможном причинения вреда его жизненному благополучию, реальную или воображаемую угрозу. Страх рано или поздно переживают все люди. Связанные с ним переживания легко воспроизводятся и могут просачиваться в сознание в снах. Страх является наиболее опасной из всех эмоций. При слабой и средней интенсивности он часто взаимодействует с положительными и отрицательными эмоциями. Интенсивный страх приводит даже к смерти. Но страх является не только злом. Он может быть предупредительным сигналом и изменять направление мыслей и поведение человека.

Страх возбуждается резким возрастанием частоты нейронной импульсации. На нейрофизиологическом уровне он имеет компоненты, общие с удивлением и возбуждением, по крайней мере на первых стадиях возникновения эмоционального процесса.

Существуют как природные, так и приобретенные (культурные) причины и стимулы для страха. Порог возникновения страха, так же как и пороги возникновения других фундаментальных эмоций, зависит от индивидуальных различий, имеющих биологическую основу и определяются индивидуальным опытом. Природные пусковые механизмы или естественные причины страха - это одиночество, неосведомленность, неожиданное приближение, неожиданное изменение стимула и боль. Причины страха можно разделить на 3 класса:

1. Внешние события и процессы;
2. Эмоции;
3. Когнитивные процессы субъекта.

Чувство страха может варьировать от неприятного предчувствия до ужаса. Во время страха человек чувствует неуверенность, незащищенность и угрозу. В значительной мере присутствует напряжение средней импульсивности. Чувство страха в взрослого человека существенно определяется тем, каким образом социализировался страх в детстве. Взаимодействие страха и других эмоций может существенно влиять на поведение личности. Взаимодействие между страхом и страданиям нередко приводит к уныния в себе, даже боязни себя. Сильная связь между страхом и стыдом может привести параноидальную шизофрению. Понятие тревоги занимает важное место в психологических теориях и исследованиях тех пор, как австрийский психолог З. Фрейд подчеркнул ее роль при неврозах. Большинство исследователей склонны рассматривать тревогу как унитарный состояние. Существуют способы снижения и контроля страха. Исследователи рассматривают страх и тревогу как тесно связанные состояния и процессы, но большинство описаний тревоги включают наряду со страхом другие аффекта. За теорией дифференцированных эмоций, тревога в ее традиционном понимании состоит из сочетания страха и других фундаментальных эмоций, прежде всего таких, как страдания, гнев, стыд, вина, интерес и т.п. Эта теория признает, что тревога, как и депрессия, может быть связана с потребностными состояниями и с биохимическими факторами. Реальная и кажущаяся ситуация, которая вызывает тревогу, вызывает страх как доминирующую эмоции и усиления одной или нескольких эмоций, таких как страдания, стыд, гнев, интерес. Стыд - негативное состояние, которое проявляется в осознании несоответствия субъективных мнений, поступков и внешности не только ожиданиям окружающих, но и личным представлениям о поведении и внешность.

К. Изард отмечал, что страх переживается как тревожное предчувствие, беспокойство, опасение. У человека возникает ощущение, что ситуация уже не под контролем, он испытывает всё больше неуверенности в собственном благополучии, страх переживается как чувство абсолютной незащищённости и неуверенности в собственной безопасности. По его мнению, причины страха могут быть разделены на четыре класса: а) внешние события или процессы, б) влечения и потребности, в) эмоции, г) когнитивные процессы субъекта. Страхи, относящиеся к каждому из этих классов, могут быть врождёнными или приобретёнными.

В своей работе по психопатологии неврозов А.Кемпински описывает четыре вида страха: биологический, общественный, моральный и дезинтеграционный. Биологический

страх связан с угрозой собственной жизни или жизни вида. Общественный страх возникает в случае нарушения контактов в социальной сфере. Моральный страх возникает, когда индивид не принимает в качестве ориентиров для собственного поведения нормы, предлагаемые окружающими. Дезинтеграционный страх появляется при каждом изменении структуры информационного метаболизма.

А.И. Захаров противопоставляет ситуационные и личностно обусловленные страхи. По его мнению, ситуационный страх возникает в опасной или шокирующей обстановке, а личностно обусловленный страх предопределён характером человека, например его тревожностью. Ситуативные страхи являются реальными и острыми, а личностные - воображаемыми и хроническими.

Т.В. Абакумова предлагает несколько критериев для классификации страхов: а) объективные источники возникновения страха (биологические, техногенные, планетарные и космические страхи); б) отсутствие представлений о полноте и целостности окружающей действительности (социальные и детские страхи); в) онтологические (религиозный, экзистенциальный, страх смерти); г) гносеологические (страхи от избытка информации).

Многие страхи сохраняют свою силу и могут проявляться на протяжении всей жизни человека, от младенчества до старости. В то же время каждый возрастной этап развития имеет, свою специфику переживания и проявления страхов. В исследованиях разных авторов выделен ряд страхов типичных для детского и подросткового возраста, хотя они обусловлены культурными и национальными факторами.

У детей до 5-7 лет наибольшее распространение имеют страхи темноты, воображаемых существ, злых персонажей сказки, животных. У младших школьников на первый план выдвигаются боязнь наказания и порицаний со стороны взрослых, страх незнакомых людей, смерти, болезни. Подростки более всего опасаются насмешек, собственных неудач, болезни и смерти родителей или близких людей.

Анализ исследований детских и подростковых страхов позволяет заключить, что основная часть переживаемых страхов закладывается в детстве, но при этом каждый возрастной этап развития характерен проявлением определённых видов страха.

Одним из направлений изучения страхов является исследование личностных и ситуационных факторов, обуславливающих их возникновение. В качестве личностных детерминант страха чаще всего рассматриваются тревожность, нейротизм и агрессивность.

Понятия тревоги и страха долгое время не разграничивали. По мнению А.М.Прихожан, первым разграничил их в начале XIX века С. Кьеркегор, который под страхом понимал боязнь чего-то конкретного, а тревогу связывал с неопределённым безотчетным страхом-тоской. В свою очередь тревогу как эмоциональное состояние многие авторы отграничивают от тревожности как устойчивого личностного свойства.

В своих работах З.Фрейд различал два вида тревоги: объективную и невротическую. Объективная тревога, является, по сути, синонимом страха. Она возникает, когда для индивида существует реальная ситуация опасности во внешнем мире. Эта ситуация воспринимается им как угрожающая, а восприятие опасности порождает эмоциональную реакцию, пропорциональную по интенсивности внешней опасности. Невротическая тревога отличается от объективной тем, что источник опасности находится скорее во внутреннем, чем во внешнем мире. Источником этой тревоги, с его точки зрения, являются сексуальные и агрессивные влечения, которые были подавлены в детстве.

Ч. Спилбергер разделяет тревогу как состояние и тревожность как свойство личности. Он считает, что тревога представляет собой неприятное по своей окраске эмоциональное состояние или внутреннее условие, которое характеризуется субъективными ощущениями напряжения, беспокойства, мрачных предчувствий. Состояние тревоги возникает, когда индивид воспринимает определённый раздражитель или ситуацию, как несущие в себе актуально или потенциально элементы опасности, угрозы, вреда. Тревожность как свойство является относительно устойчивой характеристикой личности. Она не проявляется непосредственно в каждом акте поведения, но её уровень можно определить по тому, как

часто и насколько интенсивно у индивида возникают состояния тревоги. Личность с выраженной тревожностью, склонна воспринимать окружающий мир как заключающий в себе угрозу и опасность в значительно большей степени, чем личность с низким уровнем тревожности.

В работах В.С. Мерлина тревожность рассматривается как одно из свойств темперамента. Автор понимает тревожность как склонность человека переживать самые различные ситуации, как чем-то ему угрожающие и испытывать при этом неопределённый страх и беспокойство, направленное на какой-либо предмет и явление.

Все авторы склонны считать, что между склонностью к переживанию страхов и тревожностью существует позитивная связь, но не всегда на основе знания уровня тревожности личности можно предсказать вероятность возникновения у нее эмоции страха в конкретной жизненной ситуации, поскольку здесь большую роль играют и другие личностные и ситуативные детерминанты.

Нейротизм, рассматриваемый Г.Айзенком в качестве одной из важнейшей детерминант человеческого поведения, также относится к числу свойств личности, связанных со склонностью к восприятию ситуации как угрожающей. Высокий уровень нейротизма характеризуется эмоциональной неустойчивостью, тревогой, низким самоуважением, вегетативными расстройствами, поэтому он также может выступать предиктором возникновения страхов.

Взаимосвязь агрессивности и страха имеют более сложную природу. Во-первых, они состоят в отношении взаимной детерминации, т.е. агрессивность может вызывать разные формы страха, а страх может провоцировать агрессивное поведение. Во-вторых, существуют разные формы агрессивности, связанные с формированием страхов различными психологическими механизмами. А.Басс совместно с А.Дарки выделяет несколько видов реакций, характеризующих проявление агрессивности и враждебности. Физическая агрессия - использование физической силы против другого лица. Косвенная агрессия – не явная, окольным путём направленная на другое лицо. Раздражение – готовность к проявлению негативных чувств при малом возбуждении. Негативизм – оппозиционная манера поведения от пассивного сопротивления до активной борьбы против установившихся правил и обычаев. Обида – зависть и ненависть к окружающим за действительные или вымышленные действия. Подозрительность – настороженное отношение к окружающим в диапазоне от недоверия и осторожности до убеждения в том, что они планируют и приносят вред. Вербальная агрессия – выражение негативных чувств как через форму (крик), так и через содержание словесных ответов (проклятия, угрозы). Чувство вины выражает убеждение субъекта в том, что он является плохим человеком, причиняет зло, в связи с чем человека тревожат угрызения совести.

К.Изард и другие исследователи эмоций отмечают наличие связей между гневом и страхом. По данным Я.Ю Копейко, связь между агрессивным поведением и уровнем тревожности у мужчин является позитивной, а у женщин - негативной. Автор объясняет это тем, что агрессивное поведение мужчин имеет более непосредственный характер и обусловлено контролирующей функцией суперэго. У женщин агрессивное поведение является некоторым защитным механизмом более связанным с силой-слабостью эго.

А. Кемпински считает, что иногда беспокойство концентрируется на каких-либо незначительных трудностях и конфликтах, которые, начиная расти, превращаются в огромную проблему, одновременно возбуждая агрессию. В связи с этим чувство страха и агрессия часто появляются вместе.

Проблематика детского страха имеет не такую давнюю историю в психологической науке. Представитель биогенетического направления С. Холл распространял биогенетический закон и на онтогенез страха. Он утверждал, что ребенок переживает в процессе своего развития страхи, которые испытали животные, а затем люди на различных этапах антропогенеза. Он писал, что в детских страхах сохранились многочисленные следы первоначальной психоплазмы, из которой первобытный человек создавал многочисленные

волшебные демонические существа. Доказательством биогенетического детерминизма являются многочисленные рационально необъяснимые детские страхи. Боязнь животных более чем другие виды страха, походит на исчезнувшие рефлексy и отголоски психических состояний первобытного человека, наличие которых у современного ребенка нельзя объяснить ни фактами его индивидуальной жизни, ни нынешними условиями его существования. Эти формы страха интерпретируются автором как инстинктивный страх, то есть не имеющий опоры в индивидуальном опыте. Также источником страха у детей является тяжелый личный опыт и влияние социальной среды.

Согласно А. И. Захарову, понимание опасности, ее осознание формируется в процессе жизненного опыта и межличностных отношений, когда некоторые индифферентные для ребенка раздражители постепенно приобретают характер угрожающих воздействий. В таких случаях можно говорить о появлении травмирующего опыта, психологическом заражении страхом от окружающих ребенка лиц и произвольном обучении с их стороны соответствующему типу эмоциональных реакций. Все это дает основание говорить об условно-рефлекторной мотивации страха, поскольку в нем закодирована эмоционально переработанная информация о возможности опасности.

Саму эмоцию «страх» в детском возрасте, А. И. Захаров рассматривал как основную движущую силу невротического развития личности. Беспокойство, испытываемое женщиной во время беременности, является первым «опытом» беспокойства у ребенка, которое, в свою очередь вызывает соответствующую двигательную реакцию плода. При эмоциональном стрессе у матери во время беременности, новорожденные отличаются повышенной нервной возбудимостью и более высоким мышечным тонусом. Он вздрагивает при малейшем шуме, громком голосе, пеленании и ярком свете.

Беспокойство, испытываемое детьми в 7 и 8 месяцев жизни, можно обозначить как исходные состояния тревоги и страха. Тревога в 7 месяцев—это беспокойство в ответ на уход матери, прерывание контакта, отсутствие поддержки. Возникающее при этом чувство одиночества порождает ожидание возвращения матери (близкого лица), что может в неблагоприятных условиях закрепиться в жизненном опыте, являясь моделью или прообразом состояния тревоги. Последняя, в свою очередь, мотивирует развитие социальных по своему происхождению страхов отчуждения, неприятия, непризнания и непонимания. Страх посторонних, незнакомых, чужих взрослых в 8 месяцев—это проявление собственно страха как состояния аффекта в ответ на конкретную для ребенка угрозу извне. Эмоционально-заостренное неприятие отличных от матери и пугающих ребенка взрослых трансформируется в последующем в угрожающие образы жестоких, бездушных и коварных сказочных героев. Все они способны отнять жизнь, нанести невосполнимый ущерб, увечье, что составляет резкий контраст с матерью, дающей жизнь, любовь, понимание и поддержку.

Типичными возрастными страхами у детей обоего пола 1–3 лет жизни будут: страх одиночества, незнакомых взрослых, врачей, уколов и неожиданных резких звуков, страхи наказания и животных. Дошкольному возрасту, по его мнению, соответствуют инстинктивные страхи, выступающие главным образом в виде триады «темнота-одиночество-замкнутое пространство».

В 5–7 лет происходит осознание детьми смерти как прекращения жизни. За бурным аффективным всплеском следует «успокоение», когда ребенок перестает задавать «пугающие» родителей вопросы о смерти и фантазировать по поводу этого. Однако, как замечает А. И. Захаров, «мы не можем окончательно «похоронить» страх смерти, он трансформируется в страх смерти родителей». Однако социальная реальность приводит к тому, что в данном возрасте на первый план выходит страх быть не тем, не соответствовать предъявляемым ребенку требованиям. Этот страх, как правило, проявляется в особенно значимых для ребенка ситуациях (ответ у доски, контрольная работа и пр.).

Для детей 7–11 лет характерно уменьшение эгоцентризма и увеличение социоцентрической направленности личности. Соответственно младший школьный возраст—это возраст, когда перекрещиваются инстинктивные и социально опосредованные страхи.

Инстинктивные, преимущественно эмоциональные формы страха—это собственно страх как аффективно воспринимаемая угроза для жизни, в то время как социальные формы страха являются ее интеллектуальной переработкой, своего рода рационализацией страха. Эти две тенденции, скрещиваясь в непосредственных объектах страха, порождают причудливые мифологические образы страхов. При уменьшении реальных, но объективно не таких «страшных» страхов (одиночества, темноты и т. п.) и увеличении объективно существующих, социальных страхов (школы, отметки, плохого поведения и пр.) у младших школьников большое место занимают так называемые фантастические страхи темных сил, магических существ, драконов, пришельцев, роботов и прочих фигур, которые могут появляться в их сновидениях.

Типичные страхи до года. У большинства новорожденных имеются инстинктивные формы защиты при громких звуках или внезапном приближении большого предмета. Младенец при этом проявляет общее беспокойство: напрягается, вскидывает ручки.

В 7 месяцев ребенок уже проявляет сильное беспокойство при продолжительном отсутствии мамы. Это указывает на наличие чувства привязанности. Лежащее в основе данного страха чувство беспокойства – это прообраз чувства тревоги в ситуации одиночества или прекращения эмоционально значимых связей с близкими людьми. Подобная форма беспокойства максимально выражена до двух с половиной лет у девочек и до трех лет у мальчиков.

В 8 месяцев возникает страх перед незнакомыми, чужими взрослыми, особенно женщинами, не похожими на мать. Это указывает на появление психологических категорий «свой» и «чужой», а в более широком смысле – это страх перед незнакомым, новым и неожиданным воздействием или всем тем, что отличается от привычного образа матери. Обычно, если ребенок не испытывает каких-либо пугающих воздействий, падений, болезненных процедур, помещения в больницу, этот страх проходит к середине второго года жизни.

Типичные страхи от года до трех лет. На втором году жизни 50% детей испытывают страх при неожиданном появлении постороннего, нахождении на высоте, боли, резком звуке и пребывании в одиночестве. В два года может появиться страх перед животными, чаще собаками, и перед движущимся транспортом. На третьем году возникает страх перед наказанием, который отражает возрастающую активность детей и их понимание последствий своих поступков.

Типичные страхи от трех лет и до подросткового периода. В возрасте от трех до пяти лет многие дети боятся боли, неожиданных, особенно громких звуков, сказочных персонажей; каждый третий – темноты, транспорта, воды, одиночества и замкнутого пространства. Чаще такие страхи встречаются у детей, чьи родители сами излишне беспокойны и в то же время принципиальны в попытках не преодолеть, а избавить ребенка от страхов.

В возрасте шести лет иногда появляется страх смерти, обусловленный осознанием необратимости происходящих возрастных перемен, а также постижением категорий времени и пространства. Обычно он выражается не прямо, а в типичных для этого возраста страхах нападения стихии, например, возникновения пожара, землетрясения. Подобные страхи встречаются почти у каждого второго ребенка.

В младшем школьном возрасте прежние страхи, как правило, смягчаются, но появляются типичные новые - боязнь получить плохую отметку или опоздать в школу. Старшие дошкольники очень чувствительно реагируют на конфликтные отношения в семье, и это усиливает их страхи.

Диагностика детских страхов – это неременный этап, с которого начнется их коррекция и преодоление. Этот этап тем более важен, что, как правило, дети не говорят о своих страхах, особенно это касается дошкольников и младших школьников.

Диагностика детских страхов у маленьких детей может быть проведена с помощью рисунков. Здесь выбор вариантов очень многообразен: можно попросить нарисовать просто

рисунок на произвольную тему, можно обозначить тему (семья, школа, детский сад, друзья, мои страхи).

Диагностика детских страхов активно использует тестовый метод. Для диагностики детей дошкольного и младшего школьного возраста обычно используются тесты, на вопросы которых отвечают родители. Тесты могут быть на выявление тревожности или определение уровня самооценки, тесты об определенных видах страхов: страхе потери, о боязни новых отношений, об опасных явлениях или животных и т.д.

Диагностика детских страхов включает в себя и метод наблюдения.

Три основных направления в коррекционной работе с тревожными детьми: 1. Повышение самооценки (упражнение «Похвалилки», «За что меня любит мама»); 2. Обучение способам снятия эмоционального и мышечного напряжения (техники с песком, рисование и лепка, массаж); 3. Отработка навыков владения собой в травмирующих ситуациях (ролевые игры: страх и тревога должны доводиться до абсурда, ребенок должен получать роли сильных личностей, роли героев, преодолевающих трудности).

Игротерапия. Наиболее эффективна в работе с детьми 4-7 лет. Цели: отреагировать эмоционально напряжение; ролевое моделирование решения проблемы. Игра позволяет пережить жизненные обстоятельства в условном, ослабленном виде; укрепить уверенность в себе. Используются а) подвижные игры, где проявляется активность, самостоятельность, инициатива ребенка; б) игры-подражания, когда ребенок выбирает роль, компенсирующую его возможности; позволяют отработать навыки управления эмоциями и принятия решений; в) игры-драматизации, помогают преодолеть страх, возникший в результате испуга.

Арттерапия. Эффективна в возрасте 5-11 лет, когда у детей нет барьеров, они рисуют непринужденно, спонтанно. Цели: дать выход переживаниям, перестроить отношение к травмирующим ситуациям. Используется направленное рисование: 1) ребенок рисует свой страх; 2) ребенок рисует свой страх и рядом себя, не боящегося страха; 3) ребенок самостоятельно уничтожает свой рисунок.

Тема 7. Психологическая работа с чувством одиночества и депрессивными расстройствами подростков и юношей.

Перестройка системы межличностных отношений в подростковом возрасте: обособление от родителей и усиление контакта со сверстниками. Понятие одиночества. Субъективное и объективное одиночество. Чувство одиночества. Причины развития чувства одиночества. Профилактика чувства одиночества. Роль одиночества в формировании идентичности личности. Понятие депрессии и субдепрессивных расстройств. Причины возникновения депрессии в подростковом и юношеском возрасте. Профилактика и преодоление депрессивных расстройств. Использование элементов арт-терапии, песочной терапии, сказкотерапии в работе с чувством одиночества и депрессивными расстройствами подростков и юношей.

Подростковый возраст является переходным, прежде всего, в биологическом смысле. Социальный статус подростка мало чем отличается от детского. Подростки – все еще школьники и находятся на иждивении родителей и государства. Их основная деятельность – учеба. К биологическим факторам относят половое созревание, а также бурное развитие и перестройка всех органов, тканей и систем организма. Не следует объяснять особенности поведения детей в этом возрасте лишь исходя из изменений, происходящих в организме подростка. Половое созревание как главнейший биологический фактор влияет на поведение не прямо, а опосредованно. Неизбежным, естественным и нормальным является появление у подростков полового влечения и соответствующих мыслей, чувств, переживаний, специального интереса к противоположному полу. Это одно из важных психических новообразований, и взрослые должны относиться к этому бережно, без особой тревоги, но внимательно, чтобы не допустить у подростка появления извращенных интересов и

переживаний. Следует использовать метод переключения внимания подростков на другие интересы: спорт, общественно-полезная, кружковая работа.

В качестве этапа переходного периода отрочество – время ломки старых, отживших форм, разрушение специфически детских образований, которые могут тормозить полноценное развитие в дальнейшем. Проявляемое в этот период противопоставление себя взрослым, активное завоевание новой позиции являются продуктивными для формирования самостоятельной личности.

Наиболее значим этот период для развития полноценного общения.

Потребность в общении со сверстниками становится одной из центральных потребностей подростка. Сейчас эта потребность приобретает новое качество – и по содержанию, и по формам выражения, и по роли, которую она начинает играть во внутренней жизни подростка – в его переживаниях и мыслях. В 12-13 лет наиболее значимо групповое общение, общение в компании ровесников, «пик» которого приходится на 13-14 лет.

Принадлежность к группе играет существенную роль в самоопределении подростка и в определении его статуса в глазах ровесников. Группа создает особое чувство – чувство «мы». Деление на «мы» и «они» (взрослые или ровесники, но члены другой группы) имеет для подростка очень большое значение, что часто не учитывается взрослыми. С развитием группового общения связана одна из наиболее сложных проблем подросткового возраста – проблема отверженности, а в наиболее крайних формах – случаи, когда подросток становится объектом издевательства, насмешек, физической агрессии со стороны группы сверстников.

Причины отверженности очень индивидуальны и многогранны. Их своевременная диагностика, определение конкретных способов помощи – важная задача деятельности взрослых (прежде всего психолога, работающих с подростком педагогов).

В этом возрасте встречается такое явление как подростковая ложь. Причинами ее возникновения могут быть: утверждение себя в глазах сверстников (приукрашивание своей жизни); столкновение норм, принятых в группе сверстников, и требований взрослых.

В подростковом возрасте общение с родителями, учителями и другими взрослыми начинает складываться под влиянием возникающего чувства взрослости. Однако подросток испытывает потребность в поддержке. Особо благоприятной является ситуация, когда взрослый выступает в качестве друга. В этом случае взрослый может значительно облегчить подростку поиск его места в системе новых, складывающихся взаимодействий, лучше познать себя. Совместная деятельность, общее времяпрепровождение помогают подростку по-новому узнать сотрудничающих с ним взрослых. В результате создаются более глубокие эмоциональные и духовные контакты, поддерживающие подростка в жизни. Отрочество является сензитивным периодом для развития средств общения. Средства общения – это вербальные и невербальные коммуникативные навыки и умения, обеспечивающие контакт с партнером или группой людей, определяющие процесс и уровень понимания другого человека, самораскрытия и получения удовлетворения от общения. Существенным условием успешности работы по развитию средств общения является то, что она не ограничивается только обучением конкретным умениям и навыкам. Она позволяет дать подростку знания, направленные на понимание другого человека, развить эмпатию, т.е. эмоциональную отзывчивость на переживания другого человека, способность представить себя на его месте, понимать его чувства, переживания, мысли.

Особенности общения подростка со сверстниками, характер оказываемого влияния во многом зависят от представления подростка о себе, от его отношения к себе, поэтому, работая с подростками в группе, важно следить не только за групповым процессом, но и отслеживать самочувствие и переживание каждого.

Существующее противоречие в оценке характера влияния одиночества на жизнь человека выражается в том, что, с одной стороны, оно понимается как деструктивное для личности, с другой – считается необходимым этапом самопознания и самоопределения.

Большинство исследователей одиночества связывают его с резко негативными эмоциональными переживаниями, разрушительным образом влияющими на личность. В контексте проблем общения одиночество рассматривается в работах К. А. Абульхановой-Славской, А. Г. Амбраумовой, Г. П. Орлова; И. С. Кона, А. А. Леонтьева и др. Суть понимания одиночества может быть сведена к следующему: индивид не может найти необходимый ему эмоциональный отклик в процессе общения и, как следствие, испытывает одиночество. Современный человек наиболее остро ощущает одиночество в ситуациях интенсивного и подчас принудительного общения. Это может наблюдаться где угодно: на работе, в городской толпе, в кругу семьи, среди приятелей или знакомых. Большое количество поверхностных связей не является показателем подлинности общения, единения с другими людьми. Увеличение контактов составляет лишь внешнюю сторону общения, внутренней же содержательной стороной являются отношения этического плана. Именно этого оказывается лишено «общение», перегруженное контактами и поверхностными связями, что, по мнению вышеуказанных авторов, ведет к одиночеству.

В разных категориях, например, таких, как процесс, отношение, потребность.

Одиночество как процесс – это постепенное утрачивание способности личности воспринимать и реализовывать имеющиеся в обществе нормы, принципы, ценности в конкретных жизненных ситуациях. В результате процесса одиночества происходит утрата личностью статуса субъекта социальной жизни. Одиночество как отношение – это невозможность принятия мира как самоцели и самооценности. При этом индивид, анализируя свои отношения с другими людьми, не интегрирует себя в окружающее социальное пространство.

Одиночество как жизненная позиция – это осознанное нежелание поддерживать близкие отношения с кем бы то ни было: матерью, отцом, братом, сестрой, детьми, не говоря уже о друзьях, их просто нет. Впрочем, своих детей у таких людей тоже, как правило, не бывает. Человек отчужден не только от других, себе подобных, но и от мира в целом – его ценностей, идеалов, норм.

Состояние одиночества – это переживание человеком потери внутренней целостности, а также внешней гармонии с миром. Оно выражается, например, в нарушении гармонии между желаемым и достигнутым качеством социального общения. Состояние одиночества имеет ряд модальностей от нормального своего проявления до патологии и может быть сопряжено с другими психическими проявлениями, такими как тревожность, скука, опустошенность, депрессия. В пограничных формах состояние одиночества вызывает резкую актуализацию потребности в общении, что может выражаться в оторванности от действительности, смешивании реальных и иллюзорных событий и ситуаций, даже персонификации предметов. Патологическая форма состояния одиночества сопровождается психическими расстройствами, галлюцинациями и т. п.

В. А. Андрусенко, кроме обусловленности одиночества изоляцией, предлагает другой его аспект: «Душевное одиночество – необходимый этап в определении возможностей своего «Я», как свободного самоопределения и самоутверждения в мире». Признание возможности позитивной, развивающей роли одиночества дает исследователю новые перспективы в изучении и осмыслении этого феномена.

Р. Вейс определяет одиночество как эпизодическое острое ощущение беспокойства и напряжения, связанное со стремлением иметь дружеские или интимные отношения. Он полагает его продуктом комбинированного, интерактивного действия фактора личности и фактора ситуации, поэтому различает эмоциональное и социальное одиночество. Причем если одиночество становится хроническим, то превращается в безнадежную апатию.

С. Кьеркегор считает, что одиночество – это замкнутый мир внутреннего самосознания, принципиально не размыкаемый никем, кроме Бога.

Бен Миускович говорит, что одиночество – это и чувство, и понятие. Это такой психологический мотив, интернальность и имманентность которого независимы от конкретных физиологических и средовых факторов.

Томас Вульф считает, что это универсальное состояние всего человечества: «Одиночество отнюдь не редкость, не какой-то необычный случай, напротив, оно всегда было и остается главным и неизбежным испытанием в жизни каждого человека».

Садлер и Джонсон считают одиночество характерным и очень важным для человека явлением, требующим более внимательного изучения социальными и медицинскими науками, чем это было до сих пор.

Д. Янг дает такое определение: «Одиночество – это отсутствие или воображаемое отсутствие удовлетворительных социальных отношений, сопровождаемое симптомами психического расстройства, которое связано с действительным или воображаемым отсутствием таковых». Рисмен и Слейтер называют одиночество продуктом действия социальных сил. По их мнению, это нормативный, статистический показатель, характеризующий общество.

Одиночество как чувство обуславливается переживанием человеком своей непохожести на других, «инаковости», вследствие чего возникает определенный психологический барьер в общении, ощущение непонимания и неприятия себя другими людьми. Чувство одиночества часто сопряжено с осознанием невозможности, по крайней мере, на данном этапе, иметь близкие отношения с кем-либо. Речь идет об отношениях, основанных на взаимном принятии, любви и понимании.

Причины развития чувства одиночества: 1. Неспособность переносить вынужденное уединение; 2. Низкое самоуважение (по типу: «Меня не любят», «Я – зануда»); 3. Социальная тревожность (боязнь насмешек, осуждения, чувствительность к чужому мнению); 4. Коммуникативная неуклюжесть, неумелость; 5. Недоверие к людям (изоляция, разочарование); 6. Внутренняя скованность (неспособность раскрыться); 7. Поведенческий компонент (постоянный выбор неудачных партнеров); 8. Страх перед соперником, страх быть отвергнутым; 9. Сексуальная тревожность (невозможность расслабиться, чувство стыда, тревоги); 10. Страх перед эмоциональной близостью; 11. Безынициативность, неуверенность в своих желаниях; 12. Нереалистические притязания (все или ничего, выбор по образцу).

Переживается одиночество сугубо индивидуально со своими характерными особенностями, оно абсолютно субъективно, в связи с этим изобрести универсальный способ его решения практически не представляется возможным. Однако, можно определить основные направления деятельности работы с подростками, испытывающими состояние одиночества. Ими могут быть элементы социального обучения (обеспечить подростка необходимыми знаниями, умениями и навыками для работы по самостоятельному преодолению состояния социального одиночества): формировать навыки общения; гармонизировать отношения подростка в семье (месте постоянного проживания) и в среде сверстников; усилить роль семьи в процессе социализации подростка; формировать адекватную самооценку, снизить тревожность; помочь в приобретении навыков самоорганизации; проявлять активную помощь в решении этой проблемы включением государственных структур в работу по профилактике возникновения социального одиночества в подростковой среде.

В сложных случаях проявления подросткового одиночества молодым людям нужно оказать поддержку: в первую очередь это родителям, родным ребенка, во вторую, учителям и педагогам в школе, если они видят, что ребенок не общителен, замкнут.

В образовательных учреждениях профилактику одиночества нужно проводить в группах: самооценке, учить ребят общению, эмпатии, формировать общие и коллективные интересы, проводить тренинги, групповые поездки, акции милосердия и т.п. работать над сплочением классного коллектива.

Преимущественно, одиночество переживается подростками, как некое тягостное, невыносимое, недобровольное, состояние от которого хочется спрятаться, появляется страх появления в обществе, личная ущербность, заброшенность не принятие себя таким какой ты есть, отсутствие какого-либо внимания со стороны других.

От бессилия, от недостатка себя (и тогда возникает желание бежать к другим), нежелания (ибо это требует огромных усилий) и неумения использовать свои возможности и ресурсы, от страха встречи с самим собой (таким разным и отличающимся от ожиданий других) подросток уходит в переживания чувства одиночества.

Одиночество от безысходности будет, переживается тяжело, когда подросток предоставлен сам себе и никого нет рядом, в силу обстоятельств оставаться физически один, кто бы смог, понять и поддержать. Конечно же большая часть подростков еще к этому не готова. Иначе говоря, признавая существование и психологическую наполненность подросткового одиночества, нужно отметить, что какими бы ни были пути подростка, приводящие его к одиночеству, важнее то, как он сам воспринимает это своё состояние и как он его использует. Всему этому можно обучить в ходе профилактики.

Неразрывная связь проблемы профилактики подросткового одиночества с психологическим благополучием так или иначе просматривается, все профилактические меры будут иметь хороший педагогический эффект. Ведь если научить ребят продуктивно использовать состояния одиночества позволяет найти возможность совершенствования, то есть путь к себе, либо возможность развития в себе альтруизма, эмпатии, милосердия, сострадания, то есть путь к людям, так, из всех вышеперечисленных составляющих складывается и формируется постепенно психологическое благополучие.

Депрессия – это нарушение психического состояния с изменением настроения, при котором снижение настроения является устойчивым и не зависит от различных ситуаций. Депрессия может сопровождаться физическими симптомами, ощущением безнадежности, усталостью и неспособностью к действию. Способность справляться с повседневными задачами нарушена. У детей разного возраста депрессия проявляется в виде различных симптомов. Ребенку трудно общаться как со взрослыми, так и со своими сверстниками, снижается интерес к учебе и увлечениям. Часто у детей и подростков нарушения настроения сопровождаются проблемами в поведении. Маленькие дети могут становиться упрямыми, подростки могут начать бродяжничать, употреблять алкоголь и т.п.

Депрессия возникает в результате совокупного действия генетических, нейробиологических, психологических и социальных факторов. Основные симптомы депрессии: снижение настроения; утрата интереса и способности испытывать радость от жизни; снижение энергичности или повышение утомляемости.

Субдепрессивный(астенодепрессивный) синдром (субдепрессия) – это не психотическое психоэмоциональное расстройство, основными проявлениями которого является легкая апатия, потеря интереса к окружающему, скука или тревога. В отличие от проявлений клинической депрессии, при астеносубдепрессивном синдроме человек ведет обычный образ жизни, у него нет психопатологических проявлений, а основной жалобой становится скука, усталость или повышенная утомляемость.

Большинство субдепрессий развивается на фоне стресса и переутомления и через некоторое время проходят самостоятельно, но иногда такое состояние становится причиной развития депрессии или невроза, вылечить которые можно только с помощью специалистов.

Депрессивное расстройство, возникшее в возрастном периоде от 12 до 25 лет, имеет наследственную природу (генетическая предрасположенность к патологиям психической сферы). Депрессия у детей и подростков значительно чаще наблюдается в тех случаях, когда в семье один или оба родителя страдают данным недугом в тяжелой форме и периодически проходят психотерапевтическое лечение.

Вторым по значимости фактором, провоцирующим депрессию у подростков, выступает неблагоприятная атмосфера в семье. Взросление в неполной семье, пьющие родители, отсутствие единой стратегии воспитания наследников, частые ссоры и выяснения отношений между родственниками, завышенные, несправедливые требования к ребенку оказывают огромное негативное влияние на детскую психику.

Толчком для развития расстройства у подростка являются разнообразные факторы, в основе которых – влияние окружающей среды при изъянах личной идентификации ребенка (неадекватный либо неверное представление о самом себе). Непонимание близких, недостаточный уровень успеваемости в школе, низкий социальный статус семьи, отсутствие авторитета среди сверстников, искаженная сексуальная ориентация, невозможность достичь видимых высот в спорте – веские аргументы для сознания отреагировать на происходящее депрессией.

Важным фактором в формировании расстройства является неустойчивость и конфликтность самооценок, имеющих ригидный (негибкий), сильно колеблющийся, дезорганизирующий характер. Низкий уровень самооценки, образование сомнений под влиянием внешних оценок, отрицательный окрас ретроспективного, актуального и прогностического взгляда на свою личность.

Профилактика депрессивных расстройств. Безоговорочное принятие детей такими какие они есть; желательное равноценное отношение родителей к детям, если в семье их несколько, с целью предупреждения чувства ревности; обучение ребенка конструктивному общению со взрослыми и сверстниками; соблюдение единых подходов в воспитании ребенка, с развитием у него таких качеств как самостоятельность, уверенность в себе; участие взрослых в делах и интересах детей и подростков, организация совместной деятельности; создание необходимых условий для игры и самостоятельной деятельности; предупреждение интеллектуальных и эмоциональных перегрузок: организация основного и дополнительного обучения детей с учетом состояния здоровья, интеллектуальных и творческих способностей.

Психотерапия использует комплексные методики для устранения депрессивных состояний. Действенным методом в борьбе с заболеванием является арт-терапия.

Арт-терапия при депрессии – это излечение при помощи различных художественных средств.

К основным разновидностям во время комплексной методики, направленной на устранение депрессии, относятся следующие виды творчества:

- 1) Живопись;
- 2) Роспись специальными красками на теле – боди-арт;
- 3) Лепка пластилином или глиной;
- 4) Занятия музыкой;
- 5) Танцы;
- 6) Фотографирование;
- 7) Прорабатывание сюжетов сказок вместе с психологом;
- 8) Создание фигурок из песка.

Суть излечения депрессии искусством заключается в том, что во время занятий художественным творчеством подросток уходит от негативных размышлений. Во время творческих занятий можно поразмыслить о жизненных ситуациях, и постараться переосмыслить поступки.

С помощью рисунка подросток может выразить эмоции, о которых хотел, но не может рассказать. Специалист по использованным в рисунке цветам сможет определить характер ребенка, и понять его эмоциональное состояние. Важное значение при рассмотрении нарисованного играет сила нажатия кисти или карандаша, и что конкретно изобразил подросток.

Когда подросток с психотерапевтом обсуждает сказочный сюжет, собственное видение образа, он учится преодолевать тревогу, бороться со страхами. Во время обсуждений действительно снижаются симптомы депрессии.

Терапия с помощью песка позволяет подростку выплеснуть эмоции, выразить свои желания. Ребенок может рассказать, что означает изображенный образ на песке, почему использованы новые линии в построении фигур. В результате рассуждений он постепенно

приходит к пониманию, что стало причиной его агрессивного поведения. Уже после первого сеанса заметно улучшение состояния.

Тема 8. Коррекционная работа с диссоциативным (конверсионным) расстройством.

Понятие диссоциативного (конверсионного) расстройства. Причины развития диссоциативных расстройств у подростков и юношей. Первичная и вторичная выгоды, получаемые подростком (юношей) при развитии диссоциативного расстройства. Симптоматика и формы проявления диссоциативных расстройств. Предупреждение и коррекция диссоциативных расстройств в подростковом и юношеском возрасте.

Диссоциативные расстройства, также именуемые конверсионные – отдельная группа патологических психических состояний личности, для которых характерно значительное изменение или полное нарушение совокупности психических функций. В состоянии, условно определяемом как норма, явления сознания, сфера памяти, понятие личностной идентичности и ее непрерывность – интегрированные (целостные) компоненты сферы психики. При развитии патологии наблюдается диссоциация (распадение целостности) отдельных элементов, они обособляются от единого в норме сознания, приобретая определенную независимость.

Диссоциативные (конверсионные) расстройства проявляются прежде всего симптомами соматических и психических нарушений, обусловленными бессознательными психологическими механизмами. Соматические симптомы при этом расстройстве часто схожи с симптомами неврологических заболеваний. Психические симптомы легко принять за проявление другого психического расстройства, например диссоциативный ступор, который наблюдают также при депрессии и шизофрении. Диссоциативные (конверсионные) расстройства не обусловлены соматическими, неврологическими заболеваниями, воздействием психоактивного вещества, не является частью другого психического расстройства.

Корни заболевания идут из самого детства, так как даже в юном возрасте у больных уже наблюдается отсутствие идентичности как таковой, уход во внутренний мир из-за различного рода травмирующих переживаний. Недостаток родительского внимания и заботы на момент получения губительного опыта, во многом, только служит развитию болезни.

Умеренная степень диссоциации может наступить в следствии стресса; у людей, которые длительное время провели без сна, получили дозу «веселящего газа», во время стоматологической операции или перенесли незначительную аварию, - часто получают короткий диссоциативный опыт. Еще один простой пример диссоциативного расстройства – человек, порою бывает так всецело заинтересованный книгой или фильмом, что окружающий мир и промежуток времени проходят мимо него незаметно. Известна диссоциация, связана с гипнозом, который в свою очередь включает в себя временное изменение состояния сознания.

Умеренные или сложные формы диссоциации наблюдаются у лиц с травматическим опытом жестокого обращения в детстве.

Формы проявления диссоциативных расстройств. Диссоциативное расстройство идентичности. Причиной развития является интенсивное или длительное психотравмирующее воздействие в детском возрасте. Критическими факторами выступают: раннее нарушение привязанности (отсутствие контакта с матерью в возрасте до 2 лет), насилие, заброшенность и игнорирование ребенка. Диссоциативное расстройство проявляется наличием нескольких личностей в одном человеке. Личности могут быть разного пола, возраста и национальности, каждая имеет свою историю. Переход от одной субличности к другой осуществляется внезапно, каждая субличность не знает о существовании остальных и не представляет, что происходило за время ее «отсутствия».

Основной целью лечения диссоциативного расстройства является объединение разных личностей – такой подход позволяет обеспечить нормальное существование больного, его

безопасность и интеграцию в общество. Используются различные психотерапевтические методики, в том числе – когнитивная психотерапия, гипноз, психодинамическая терапия, семейная психотерапия. При сопутствующих депрессивных расстройствах и выраженной тревоге назначают антидепрессанты. Диссоциативное расстройство идентичности требует длительной терапии.

Диссоциативная амнезия. Диссоциативная амнезия – достаточно распространенное расстройство. Представляет собой частичную или полную потерю памяти на события, вызвавшие тяжелый психологический стресс. При этом больной находится в сознании, признает амнезию, ориентируется в собственной личности и сохраняет воспоминания о других событиях. Кратковременные эпизоды диссоциативной амнезии нередко возникают при потере близких и других трагических событиях.

Лечение – создание благоприятной психологической атмосферы, психотерапия, в некоторых случаях в сочетании с лекарственной терапией. Утраченные воспоминания можно восстановить с помощью гипноза, однако, иногда они могут вызвать ухудшение состояния пациента с диссоциативным расстройством, поэтому решение о необходимости применения данной методики принимают индивидуально. Для выработки более адаптивных способов реагирования на психотравмирующие ситуации применяют когнитивно-поведенческую терапию и психодинамическую терапию, для облегчения контакта больного со своими чувствами и безопасного выражения переживаний используют различные виды креативной психотерапии. Прогноз благоприятный, обычно наблюдается полное выздоровление.

Диссоциативная фуга. Диссоциативная фуга – диссоциативное расстройство, при котором больные внезапно покидают дом, утрачивая воспоминания о своей прежней личности. Одни пациенты находятся в растерянности, другие создают новую личность, порой – весьма правдоподобную. Появление новой личности сопровождается изменением поведения. При продолжительной диссоциативной фуге больные могут устраиваться на работу по другой специальности и создавать новые семьи. В последующем прежняя личность возвращается, и пациент, страдающий диссоциативным расстройством, обнаруживает себя в незнакомом месте с новой, неизвестной ему жизнью. Воспоминания о существовании в период фуги утрачиваются.

Как правило, психиатры и психотерапевты работают с больными, уже пережившими возвращение к прежней личности, поскольку в период фуги больных ничто не беспокоит, и они не обращаются к специалистам. Лечение диссоциативного расстройства – помощь в переработке травмирующей ситуации, спровоцировавшей фугу. При продолжительной фуге может потребоваться помощь в адаптации к прежней жизни, поскольку многие пациенты тяжело переносят перемены, произошедшие за время их отсутствия. Прогноз благоприятный, обычно наблюдается полное выздоровление.

Деперсонализационное расстройство. Деперсонализация – диссоциативное расстройство, проявляющееся ощущением чуждости собственного тела или собственных психических процессов. Может быть периодическим или постоянным, сопровождается эффектами искажения пространства и времени, восприятием себя, как робота или как человека, живущего в сновидениях. Пациент как будто не живет, а наблюдает за своей жизнью со стороны, не имея возможности ей управлять. Деперсонализация нередко сочетается с дереализацией – ощущением нереальности окружающего мира.

Различают деперсонализацию при различных психических расстройствах (шизофрении, депрессии, биполярном аффективном расстройстве, паническом расстройстве) и синдром деперсонализации-дереализации, как самостоятельное диссоциативное расстройство, обусловленное непереносимым стрессом. Причиной развития данного синдрома могут стать стихийные бедствия, аварии, насилие, жесткое обращение в детстве и пр. Установлено, что все виды деперсонализации связаны с повышенным уровнем тревоги. Прогноз при синдроме деперсонализации-дереализации благоприятный, при симптоматических деперсонализациях состояние определяется течением основного заболевания.

Транс и одержимость. Транс и одержимость – диссоциативные расстройства, сопровождающиеся временным изменением сознания, снижением способности осознавать собственную личность и происходящие события.

При трансовых диссоциативных расстройствах, обусловленных проведением религиозных и оккультных ритуалов, может потребоваться психотерапевтическое лечение (гештальт-терапия, психоанализ, рациональная психотерапия) на фоне приема транквилизаторов. При трансax, связанных с выполнением профессиональных обязанностей, основную роль играют профилактические меры: регулярный отдых, остановки в пути и кратковременный сон.

Главный упор в лечении диссоциативного расстройства делается на психотерапевтическую работу, когда психиатр убирает причины, вызвавшие патологию. Специалист помогает осознать их и принять, найти верное решение, как устранить, чтобы прекратить их пагубное воздействие. Также акцент делается на том, что потеря памяти является следствием психологических травм, а не соматических болезней. Также проводится коррекция поведения человека в стрессовой ситуации.

Другими терапевтическими направлениями являются: гипноз, психоанализ, поведенческая терапия, когнитивная или семейная психотерапия.

Тема 9. Подростковый и юношеский суицид: понятие, причины, профилактика.

Специфика понимания суицидов в психологии и психиатрии. Теории суицидального поведения. Суицид как следствие переживания «невозможности жизни». Факторы суицидального риска в подростковом и юношеском возрасте. Психологические характеристики суицида. Проблема прогнозирования суицидов и диагностики склонности к суициду. Признаки суицидальной опасности («ключи») по В.Ю. Меновщикову. Причины суицидального поведения. Демонстративные суициды. Саморазрушающее поведение как скрытый суицид. Специфика разрешения кризисной ситуации при работе с суицидальными клиентами подросткового и юношеского возраста.

Суицид – сознательное, преднамеренное лишение себя жизни. Обычно осуществляется самостоятельно и добровольно, хотя возможны и другие варианты, например, суицид с помощью другого человека при тяжелой болезни. Причиной суицида могут стать соматические и психические заболевания, острые и хронические психотравмирующие ситуации, самообвинение, потребность сохранить честь, страх осуждения, подражание кумиру и т. д.

Суицид – добровольное самоуничтожение. Осуществляется в связи с определенными моральными, социальными, религиозными и философскими установками. Кроме того, суицид может возникать в период экзистенциального кризиса или становиться следствием обстоятельств, которые пациент рассматривает, как безвыходные. Специалисты в сфере психического здоровья рассматривают суицид как способ избегания непереносимой ситуации, акт аутоагрессии или призыв о помощи.

Модель развития суицидального поведения у подростков Д. Бридж, Т. Голдштейн, Д. Брент построена на эпидемиологических данных и рассматривает суицид как совокупность факторов: социально-культурных, психиатрических, психологических, семейных, биологических.

Авторы данной модели видят развитие суицидального поведения следствием сочетания двух типов уязвимости – расстройства настроения и тенденции к импульсивной агрессии (склонность агрессивно реагировать на фрустрацию), что, в свою очередь, связано с некоторыми нейробиологическими особенностями.

В предпубертатном периоде ключевую роль играют семейные факторы. Наличие аффективных расстройств или других расстройств у родителей вносит свой вклад в появление предвестников развития расстройств настроения у детей, таких как нейротизм, чувство безнадежности и высокий уровень тревожности. Импульсивная агрессия у родителей

как типичный способ реакции на фрустрацию и суицидальные попытки родителей влияют на формирование импульсивной агрессивности у детей.

Сочетание обоих факторов дает наиболее высокую вероятность появления суицидальных мыслей, которые имеют больше шансов реализоваться в попытке суицида при наличии импульсивности и определенных жизненных стрессоров, таких как проблемы с поведением (в том числе противоправное поведение), межличностный конфликт или потеря. Возможные фасилитаторы суицидального поведения – интоксикация и обилие информации о самоубийстве в окружении подростка (информация о суицидах в СМИ, суицид в окружении, подростковое заражение).

На этапе перехода от суицидальных мыслей к попытке суицида могут вступить в действие факторы-протекторы, такие как наличие семейных связей, хорошие отношения в школе, религиозные и культурные верования, осуждающие суицид.

Таким образом, авторы видят основную причину развития суицидальных намерений у подростков в семейном окружении и личностных особенностях родителей, которые передаются детям и могут быть усугублены высоким уровнем стресса в жизни и доступностью способов совершения суицида.

Интерперсональная модель Томаса Джойнера. Желание умереть, согласно автору, возникает при наличии двух факторов: брошенности и восприятия себя как бремени.

Брошенность (фрустрированная принадлежность, одиночество). Социальная изоляция – один из наиболее значимых и надежных предикторов суицидальных намерений, попыток и завершенных суицидов на протяжении жизни. Связь этой переменной с суицидальным поведением объясняется фрустрацией фундаментальной психологической потребности человека – «потребности в принадлежности», описанной Р. Баумейстери М. Лири. Согласно интерперсональной теории, когда эта потребность не удовлетворяется, – состояние, которое они называют фрустрированная принадлежность – развивается желание умереть.

Другая составляющая чувства фрустрированной принадлежности – отсутствие взаимной поддержки.

Восприятие себя как бремени. Согласно системной семейной теории подростковых суицидов Д. Саббат, ощущение, что подросток является бременем для семьи, – ключевой фактор суицидального поведения. Согласно указанной теории, типичные факторы подросткового суицидального поведения – патогенное отношение родителей к ребенку, которое интерпретируется подростком как то, что он не нужен семье, им было бы лучше, если бы он умер.

Авторы интерперсональной теории суицида трактуют этот конструкт шире: восприятие себя в качестве бремени не ограничивается только семьей, а может включать также других близких людей. В восприятие себя как бремени включаются два измерения: 1) убеждение в своей ущербности и, в связи с этим, зависимости от других; 2) аффективно нагруженные мысли о ненависти к себе.

Приобретенная сниженная чувствительность к боли. В большинстве моделей суицидального поведения постулируется, что риск совершения самоубийства растет пропорционально увеличению суицидального желания, но, согласно интерперсональной теории суицидов, суицидальное желание само по себе не является причиной самоубийства, поскольку, простыми словами, совершить самоубийство не так-то просто.

Согласно интерперсональной теории, чтобы умереть от суицида, человек должен потерять некоторую долю страха, связанного с суицидальным поведением, и очень маловероятно (если не невозможно), чтобы кто-то родился с настолько слабым страхом смерти, чтобы иметь возможность совершить самоубийство.

Следовательно, повышенная толерантность к физической боли и редуцированный страх смерти развиваются в течение жизни под влиянием определенных обстоятельств, таких как:

- практически любой опыт перенесения сильной боли или страха (травмы, несчастные случаи, насилие, самоповреждающее, рискованное поведение);

- сцены насилия и жестокости в СМИ;
- компьютерные игры, связанные с убийством и насилием;
- суицидальные мысли, подготовка к суициду, прерванные попытки, суицидальные попытки.

Причем, как отмечают авторы, человек может иметь толерантность к определенному способу самоубийства. Авторы объясняют это тем, что у людей, занимающихся определенной деятельностью, снижается чувствительность, они просто привыкают к определенным видам раздражителей, и им проще воспользоваться привычным для них способом действий, а не каким-то другим.

Таким образом, согласно интерперсональной модели, истинная суицидальная попытка совершается только в том случае, если все три фактора совпадают в одном человеке: желание умереть из-за острого чувства одиночества, восприятие себя как бремени для близких людей, приобретенная толерантность к физической боли и редуцированный страх смерти.

Когнитивная модель суицидального поведения у подростков – применение когнитивной теории Аарона Бека. В общем виде когнитивная модель развития расстройств аффективного спектра предполагает, что вследствие определенных жизненных ситуаций и специфики отношений с близкими людьми у человека складываются определенные убеждения о жизни, касающиеся восприятия себя, других людей и своего будущего. Эти убеждения влияют на интерпретацию повседневных событий и, в зависимости от их содержания, вызывают позитивные или негативные эмоции и способствуют адаптивному или дезадаптивному поведению в качестве реакции на жизненные события, которое подкрепляет базовые убеждения и установки, и, таким образом, круг замыкается.

В последнее время эта модель была адаптирована для подростков. Так, для подростков, склонных к суициду, такие особенности их жизни, как неблагополучная ситуация в семье, насилие, пренебрежение со стороны родителей, или наличие психических заболеваний у родителей, или травля и отвержение со стороны ровесников, способствуют формированию определенного типа мышления.

Такому мышлению свойственен негативный взгляд на себя, окружающих и свое будущее.

Поддержанию этих установок способствует определенный тип обработки информации и интерпретации повседневных событий, называемый «ошибками мышления», – катастрофизация, персонализация, свержобобщение, черно-белое мышление, когнитивная ригидность.

Катастрофизация. События рассматриваются в свете самого худшего исхода.

Персонализация. Подросток убежден, что другие плохо к нему относятся, не рассматривая иных, более правдоподобных, объяснений их поведения.

Свержобобщение. Из одного или нескольких изолированных случаев выводится общее правило или делается умозаключение, которое распространяется на широкий круг ситуаций.

Черно-белое мышление. Дихотомическое, поляризованное, мышление в терминах «все» или «ничего». Ребенок, который склонен так думать, видит ситуацию только в двух категориях вместо континуума.

Когнитивная ригидность. Отсутствие способности видеть разные решения возникающих проблем. Таким подросткам свойственен очень узкий набор копингстратегий, и им очень трудно предложить несколько разных способов выхода из сложившейся ситуации.

При воздействии стресса активизируется негативная триада взглядов на себя, окружение и будущее, которая вызывает очень сильные негативные эмоции.

Для того чтобы справиться с зашкаливающим негативным аффектом, такие подростки начинают применять дезадаптивные способы совладания, вследствие описанных выше особенностей мышления. Это могут быть злоупотребление алкоголем и/или наркотиками, самоповреждающее поведение (нанесение себе порезов и ожогов) и другие виды

девиантного поведения. Поскольку применяемые способы только усугубляют существующую проблему и снижают накал негативных эмоций лишь временно, появляется острое чувство безнадежности и пассивные суицидальные мысли.

Подросток может проходить этот порочный цикл мысли – эмоции – поведение много раз, усугубляя свое состояние, пока не настанет суицидальный кризис – безнадежность относительно текущей жизненной ситуации («Эта ситуация невыносима и к лучшему не изменится») и фиксация на мысли, что суицид – единственное решение проблемы (туннельное видение, озабоченность идеями, что «выхода нет»). Эти оба состояния усиливают друг друга, и разрешением кризиса выступает попытка суицида.

Суицидальное поведение подростков относится к области «пограничной психиатрии» – области психопатий и непсихопатических реакций на фоне акцентуаций характера, свойственных подростковому возрасту.

Суицид – третья по частоте причина смерти среди подростков после несчастных случаев и убийств; при этом статистика, возможно, недооценивает число самоубийств. Существует тенденция умалчивать о некоторых случаях суицида по религиозным соображениям и по причине беспокойства у других членов семьи.

Подростки, совершающие попытку суицида, не просто реагируют на отдельное расстраивающее событие. Самоубийства обычно происходят в ситуации длительно существующих личностных или семейных проблем, хотя сама попытка может быть импульсивной.

Элкинд относит разительный рост числа подростковых суицидов на счет возрастающего давления, оказываемого на детей в попытке добиться от них достижений и ответственности в предшествовавшие самоубийству годы.

Суицидальные действия у подростков часто носят демонстративный характер, который обретает черты «суицидного шантажа». Кроме истинного суицида и демонстративных попыток можно выделить особый подростковый тип суицидального поведения – «недифференцированный», где трудно определить истинность намерения. Такие «неясные» попытки окрашены острым аффектом при потере или угнетении сознательного контроля, расстройством рассудочной деятельности. Отнести попытку к истинным или демонстративным действиям бывает невозможно.

Обследования подростков, пытавшихся совершить самоубийство, а также «психологическая аутопсия» уже совершенных суицидов выявили определенные факторы риска. Хотя многие подростки, сталкивающиеся с ними, не приходят к мыслям о самоубийстве и не пытаются его совершить, эти факторы могут служить сигналами, предупреждающими о возможной опасности. В целом к факторами риска могут быть:

- Ранее совершенная попытка суицида (основной отдельный прогностический признак);
- Депрессия, включающая сильные переживания беспомощности и безнадежности (возможно, второй по силе прогностический признак);
- Прочие психиатрические проблемы, такие как расстройство поведения (жестокость, кражи, драки, побеги из дома), или асоциальное личностное расстройство (импульсивность, нарушения закона, агрессивность, безответственность и пр.);
- Злоупотребление алкоголем и другими веществами, вызывающими зависимость;
- Жизненные обстоятельства, порождающие напряжение, такие как серьезный разлад в семье, развод или раздельное проживание;
- Доступ к оружию и его применение.

Суицидальная попытка. Попытка к самоубийству, свидетельствующая о намерениях человека, является мощным предиктором последующего завершеного суицида. Нет ничего драматичнее и мучительнее крика о помощи суицидента, совершившего суицид. Некоторые суицидальные попытки не воспринимаются серьезно. Например, девушка принимает снотворные таблетки, будучи уверенной, что ее попытка будет раскрыта. Или мужчина наносит себе порезы таким образом, что это никак не может закончиться летально. Часто

семья и друзья легко относятся к этому. Это касается и случаев, когда человек, попытавшийся отравиться, стремится оправдать свое поведение. Дело же заключается в том, что к каждой суицидальной попытке следует отнестись со всей серьезностью, какой бы безвредной и легкомысленной она ни казалась.

Суицидальная угроза. Некоторые суициденты довольно ясно говорят о своих намерениях. Могут быть и прямые утверждения: «Я не могу этого выдержать. Я не хочу больше жить. Я хочу покончить с собой». Чаще при серьезных намерениях покончить с собой высказывания носят завуалированный характер: «Вы не должны беспокоиться обо мне», «Я не хочу создавать для вас проблемы», «Я хочу уснуть и не проснуться», «Скоро эта боль будет уже позади», «Они будут очень жалеть, когда я их покину». Вне зависимости, принимают ли эти опасные высказывания форму открытых заявлений или намеков, в любом случае они не должны игнорироваться. Иногда индикатором суицида может быть невербальное поведение. Подготовка к самоубийству зависит от особенностей личности человека и внешних обстоятельств. Она зачастую состоит в том, что обычно называется «приведением своих дел в порядок». Это может быть оформление завещания, пересмотр страховок, написание для близких необходимых дел или длинных запоздалых писем, улаживание споров и конфликтов с родными и соседями. Подросток может сентиментально раздаривать ценные личные вещи. Завершающие приготовления могут быть сделаны очень быстро, и затем мгновенно последует суицид.

Вопрос о разработке диагностического инструментария, позволяющего предсказать индивидуальный риск суицида, по-прежнему остается в фокусе самого пристального внимания исследователей.

Разработка инструментария сопряжена с разработкой той или иной объяснительной модели, определением того, какой именно конструкт позволяет точнее предсказать индивидуальный риск или какой вес имеют конструкты. Более того, эффективность оценки риска совершения суицида зависит от того, насколько чувствителен измерительный прибор. Сложность, с которой сталкиваются исследователи, с одной стороны, и практики – с другой, заключается в том, что риск совершения суицида – подвижен. Он во многом определяется теми состояниями, в которых пребывают индивиды.

Дж. Фоулер, один из немногих авторов, предлагающих обсуждение проблемы ошибочного прогноза в отношении совершения суицида.

В первую группу, по мысли Дж. Фоулера, попадают, например, следующие переменные: 1) прошлые попытки совершения суицида; 2) наличие у индивида психиатрического расстройства; 3) сила психического расстройства; 4) сочетание ряда переменных (наличие психического расстройства, демографические характеристики, история госпитализации и пр.); 5) психологическая уязвимость (например, импульсивность, агрессивность, тревожность, депрессивность, чувство безнадежности и пр.); 6) генетические маркеры³ (в наибольшей степени изучено влияние уровня серотонина, остальные маркеры варьируют от исследования к исследованию); 7) демографические характеристики.

Дж. Фоулер отмечает, что попытки сконцентрировать внимание на той или иной переменной как предикторе совершения суицида приводит к ошибочным прогнозам, и даже сочетание нескольких статичных переменных оборачивается построением ошибочных предположений. В меньшей степени это касается такой переменной, как прошлые попытки совершения суицида.

Во вторую группу Дж. Фоулер относит переменные: 1) суицидальная идеация; 2) тяжелые жизненные события (потеря близких, разрыв близких отношений, унижения, предательство и пр.); 3) когнитивные и аффективные конструкты, доступные имплицитному измерению (в большей степени это касается аффективных состояний, которые можно, например, фиксировать в ходе интервью); 4) сочетание генетического маркера и тяжелого жизненного события; 5) возвращение к привычной жизни после госпитализации.

Фокусирование внимания на одной из переменных, по мысли Дж. Фоулера, способствует формулированию ошибочного прогноза в отношении риска совершения

суицида. Если говорить о каждой переменной отдельно, то, как подчеркивает Дж. Фоулер, вероятность ошибочного прогноза оказывается высокой в случае суицидальной идеации (наличия мыслей о суициде), средней – в случае тяжелых жизненных событий и возвращения к привычной жизни после госпитализации, средней и даже низкой – в случае когнитивных и аффективных конструкторов. И здесь, как подчеркивает Дж. Фоулер, интервью оказывается самой пригодной стратегией для анализа риска совершения суицида индивидом, ибо в его рамках есть возможность оценить аффективные состояния субъекта, не делая при этом ссылок на сам суицид, что крайне ценно для диагностики.

Третью группу Дж. Фоулер обозначает «защитные переменные». Сюда он относит то, что удерживает индивида от совершения суицида: 1) религиозные убеждения; 2) причины для продолжения жизни; 3) пребывание в браке; 4) наличие детей в доме; 5) наличие социальной поддержки; 6) наличие терапевтического контакта; 7) использование психотропных лекарств; 8) наличие контактов, с помощью которых можно получить поддержку. Оценка риска суицида должна опираться на анализ вклада этих переменных. И в этой связи интервью могло бы оказаться тем инструментом, который позволял бы отчасти справиться с этой задачей.

В зависимости от взгляда человека на суицид различают вербальные, бихевиоральные (поведенческие) и ситуационные «ключи». «Руководство по телефонному консультированию» содержит следующий их перечень:

Вербальные «ключи». Непосредственные заявления типа: «Я подумываю о самоубийстве», или «Было бы лучше умереть», или «Я не хочу больше жить».

Косвенные высказывания, например «Вам не придется больше обо мне беспокоиться», или «Мне все надоело», или «Они пожалеют, когда я уйду».

Намек на смерть или шутки по этому поводу. Многозначительное прощание с другими людьми.

Бихевиоральные (поведенческие) «ключи». Отчаяние и плач. Неоднократное обращение к теме смерти в литературе и живописи. Стойкая тяга к прослушиванию грустной музыки и песен. Нехватка жизненной активности. Самоизоляция от семьи и любимых людей. Рост употребления алкоголя или наркотиков. Составление или изменение завещания. Изменение суточного ритма. Повышение или потеря аппетита. Вялость и апатия. Неспособность сконцентрироваться и принимать решения; смятение. Уход от обычной социальной активности, замкнутость. Приведение в порядок своих дел. Отказ от личных вещей. Стремление к рискованным действиям, например безрассудное управление автомобилем. Суицидальные попытки в прошлом. Чувство вины, упреки в свой адрес, ощущение бесполезности и низкая самооценка. Потеря интереса к увлечениям, спорту, работе или школе. Несоблюдение правил личной гигиены и ухода за внешностью. Скучные планы на будущее.

Стремление к тому, чтобы оставили в покое (что вызывает раздражение со стороны других людей).

Ситуационные «ключи». Любое заметное изменение личной жизни, в любую сторону. Достижение мужчиной пожилого возраста. Смерть любимого человека, особенно супруга. Недавняя перемена места жительства. Семейные неурядицы (безработица, развод). Неприятности с законом. Коммуникативные затруднения. Проблемы со школой или занятостью. Социальная изоляция, особенно от семьи или друзей. Хроническая, прогрессирующая болезнь. Нежелательная беременность.

Канадские специалисты по суицидальному поведению, более обобщенно представляя многие из описанных выше признаков, выделяют 8 факторов повышенного риска самоубийства: Молодой возраст. Предыдущие попытки совершить самоубийство. Наличие психического заболевания. Злоупотребление алкоголем или наркотиками. Семейные драмы и трагедии: смерть, развод, серьезные конфликты. Наличие тяжелых хронических неизлечимых заболеваний. Значительные изменения в жизни: выход на пенсию, потеря

работы, синдром «пустого гнезда» (когда дети начинают жить самостоятельной жизнью и покидают семью).

Еще один фактор, называемый канадскими учеными, - принадлежность к аборигенному населению и метисам.

Наиболее распространенные причины суицидального поведения: страх перед наказанием, домашние обиды, недовольство жизнью, душевная травма, физические болезни, денежные утраты.

Существует гораздо больше причин появления суицидального поведения. Такое отклонение от нормы может явиться следствием нарушения функций гипофиза. Некоторые нейротропные препараты повышают вероятность совершения суицида. В группу риска попадают тяжело поддающиеся воспитанию подростки.

Социальный фактор является одним из основных причин суицидального поведения. Издевательства и насмешки сверстников могут поставить сильный отпечаток на шаткой психике ребенка или подростка. Семья, в которой растет человек, в частности, депрессивное состояние родителей оказывает существенное влияние на формирование суицидального поведения.

Неудачная любовь, половая дисфункция, развод родителей, постоянное унижение являются причинами появления суицидального поведения. Желание проучить себя и наказать других побуждают к самоубийству. Чувство собственной неполноценности, печаль, утрата интереса к работе или учебе, нарушение сновидений, сильная впечатлительность порождают депрессии у детей, что в свою очередь, так же влияет на формирование описываемой девиации.

Злоупотребление наркотическими препаратами и алкогольными напитками, утрата жизненного смысла, ощущение пустоты мотивируют человека к самоубийству. Личность с повышенной потребностью в самореализации и в то же время заниженной самооценкой имеет высокий риск совершения суицида.

Демонстративные суициды. Такой вид суицида не связан с желанием умереть, а является способом обратить внимание на свои проблемы, позвать на помощь, вести диалог. Он часто совершается при кратковременном, спонтанном, внезапно наступившем состоянии интенсивного аффекта. Это то эмоциональное состояние, когда личность становится невменяемой либо частично вмняемой. Также псевдосуицид является проявлением гипертрофированных истерических реакций, когда особа совершает попытки самоубийства не с целью прервать жизнь, а руководствуясь намерением привлечь внимание окружающих к своей персоне. В таком случае суицидальные мероприятия являются попыткой заявить о себе обществу или получить от него требуемую выгоду. Демонстративный суицид является своего рода шантажом. Смерть, как правило, наступает по роковому стечению обстоятельств.

Скрытый, или не прямой, суицид – это завуалированное самоубийство, при котором под влиянием осознаваемых и неосознаваемых страхов смерти человек находит смерть через саморазрушительное поведение или погибает от внешних сил, по большей части им же спровоцированных. По-настоящему при скрытом суициде имеет место не прямое желание умереть, а навязчивый страх перед будущей смертью, невыносимость жить с сознанием неизбежности смерти, что толкает человека к роковым случайностям или пагубным зависимостям. Нередко они выглядят как жертвы катастроф, несчастных случаев, различных опасных увлечений, игр, экстремальных видов спорта. Скрытых суицидентов можно найти среди наемников, киллеров, пожарников, спасателей, любителей быстрой езды, среди злостных курильщиков, страдающих чрезмерным ожирением... При жизни такие люди предпочитают держать в себе свои страхи и переживания, поэтому часто близкие и родные не могут распознать их суицидальных наклонностей.

Часто только после гибели, нелепой или внезапной смерти скрытых суицидентов выясняется, что стояло за недомолвками, фразами, дневниковыми записями, необычными поступками.

Признаком скрытой суицидальности может быть восхищение теми, кто умер молодым. Многие скрытые суициденты давали понять при жизни окружающим, что они хотели бы умереть молодыми, если не прямо, то в дневниках, стихах.

За любое суицидальное поведение ребёнка в ответе взрослые. Ко всем намекам на суицид следует относиться со всей серьезностью. Не может быть никаких сомнений в том, что крик о помощи нуждается в ответной реакции помогающего человека, обладающего уникальной возможностью вмешаться в кризис одиночества.

Профилактика депрессий у подростков является важной для профилактики суицидов. В профилактике депрессий у подростков важную роль играют родители. Как только у подростка отмечается сниженное настроение, и другие признаки депрессивного состояния - необходимо сразу же, немедленно, принять меры для того, чтобы помочь ребенку выйти из этого состояния.

Во-первых, необходимо разговаривать с ребенком, задавать ему вопросы о его состоянии, вести беседы о будущем, строить планы. Эти беседы обязательно должны быть позитивными. Нужно «внушить» ребенку оптимистический настрой, вселить уверенность, показать, что он способен добиваться поставленных целей. Не обвинять ребенка в «вечно недовольном виде» и «брюзгливости», лучше показать ему позитивные стороны и ресурсы его личности. Не надо сравнивать его с другими ребятами – более успешными, бодрыми, добродушными. Эти сравнения усугубят и без того низкую самооценку подростка. Можно сравнить только подростка-сегодняшнего с подростком-вчерашним и настроить на позитивный образ подростка-завтрашнего.

Во-вторых, заняться с ребенком новыми делами. Каждый день узнавать что-нибудь новое, делать то, что никогда раньше не делали. Внести разнообразие в обыденную жизнь.

В-третьих, подростку необходимо соблюдать режим дня. Необходимо проследить за тем, чтобы он хорошо высыпался, нормально питался, достаточно времени находился на свежем воздухе, занимался подвижными видами спорта. Депрессия – психофизиологическое состояние. Необходимо поддерживать физическое состояние подростка в этот период.

И в-четвертых, обратиться за консультацией к специалисту – психологу, психотерапевту.

Тема 10. Разработка и реализация программ профилактики и коррекции агрессивного поведения детей, подростков и юношей.

Общие принципы коррекции агрессивного поведения. Специфика работы с агрессивными детьми разного возраста, подростками и юношами. Виды программ, направленных на коррекцию агрессии. Общие требования к программам. Программа профилактики и коррекции генерализованной агрессии. Программа профилактики и коррекции агрессии по отношению к сверстникам и младшим детям. Программа профилактики и коррекции агрессии по отношению ко взрослым. Программа профилактики и коррекции самоагрессии.

При попытке психологической коррекции агрессии необходимо, прежде всего, тщательно проанализировать, какую функцию она выполняет в каждой конкретной ситуации, каковы ее пропорции среди других проявлений активности ребенка и динамика ее возникновения.

Тактика психотерапевтических воздействий должна строиться в зависимости от предполагаемой природы агрессивного поведения ребенка. В одном случае следует игнорировать агрессивную тенденцию и не фиксировать на ней внимание, в другом – включить агрессивное действие в контекст игры, придав ему новый, социально приемлемый смысл; в третьем – не принять агрессию и установить запрет на подобные действия; в четвертом – активно подключаться в игровой ситуации к разворачиванию или «растягиванию» агрессивных действий и добиваться их эмоционально положительного разрешения путем психодрамы.

Представляется целесообразным строить психологическую коррекционную работу при различных формах агрессивного поведения с учетом уровней агрессии.

Первый уровень – переживания эмоционально-негативных состояний с эмоциями раздражения, недовольства, гневливости. Именно поэтому на первом этапе работы с агрессивными подростками необходимо обучение их различным формам саморегуляции, начиная от дыхательных упражнений и до более сложных форм аутогенной тренировки.

Второй уровень связан с эмоционально-личностным, дифференцированным отношением, поэтому на втором этапе работы целесообразно акцентировать внимание на психокоррекционных мерах воздействия, ориентированных на личностные установки. К наиболее стандартным приемам относят планомерное и систематическое обсуждение проблемы, вызывающей дистресс; дистанцирование от нее с последующей переоценкой; формирование новых форм психологической поддержки в кризисных ситуациях.

На завершающем этапе ведущей задачей становится формирование осознанной необходимости изменения стиля поведения. Так как к концу подросткового периода развитие способности к произвольному поведению и рефлексии происходит на уровне самосознания, необходимо поднимать уровень нравственного развития воспитанников через усвоение ими культурных и духовных ценностей. Конечной целью воспитательных усилий является формирование устойчивого уровня правового и морального контроля, а также высокого уровня самоконтроля и способности самостоятельно действовать оптимальным образом в различных жизненных ситуациях.

Превентивные меры и управление агрессией могут осуществляться через ее элиминацию (наказание, катарсис), демонстрацию моделей конструктивного поведения, когнитивные методы контроля агрессии (анализ отягчающих обстоятельств провокации агрессии, атрибуция «За что?»), через индукцию несовместимых реакций (юмор, эмпатия), тренинг социальных умений, обучение самоконтролю и управлению своим поведением.

И.А. Фурманов предлагает осуществлять коррекцию агрессивного поведения на диагностической основе, выделяя четыре категории детей.

1. Дети, склонные к проявлению физической агрессии. Установлено, что физическая агрессия преобладает у активных, деятельных, целеустремленных детей, которые отличаются смелостью, решительностью, склонностью к риску, бесцеремонностью, авантюризмом. Их экстравертированность подкрепляется лидерскими качествами, но при этом развиты садистические наклонности, плохой самоконтроль, отсутствие социализации влечений, потребность в острых переживаниях, импульсивность поведения.

2. Дети, склонные к проявлению вербальной агрессии. Они отличаются выраженной психической неуравновешенностью, депрессивностью, фрустрационной толерантностью, повышенной чувствительностью к оценкам их личности и действиям, неумением и нежеланием скрывать свои чувства и мысли, постоянным внутренним конфликтом, напряженностью и импульсивностью.

3. Дети, склонные к проявлению косвенной агрессии. Они характеризуются чрезмерной импульсивностью, слабым самоконтролем, недостаточной социализацией влечений и низкой осознанностью собственных действий, негативизмом натуры.

4. Дети, склонные к проявлению негативизма. Они отличаются «мимизоподобностью», ранимостью, впечатлительностью. Основными их чертами являются эгоизм, самодовольство, завышенная самооценка, консерватизм.

Таким образом, агрессивных детей можно разделить на две большие когорты: с социализированными (физическая и косвенная агрессия) и несоциализированными (вербальная агрессия и негативизм) формами нарушений поведения.

Составление и реализация психокоррекционных программ опирается в каждом конкретном случае на ту или иную теоретическую модель, собственную концепцию психолога, особенности группы и ее участников.

Первый блок. Коррекционный блок для агрессивных подростков представляет собой психологический тренинг интегративного типа с элементами различных психотерапевтических техник. Его целью является поиск альтернативных (социально-приемлемых) способов удовлетворения потребностей и взаимодействия с окружающими. В ходе тренинга решаются следующие задачи: осознание собственных потребностей; отреагирование негативных эмоций и обучение приемам регулирования своего эмоционального состояния; формирование адекватной самооценки; обучение способам целенаправленного поведения, внутреннего самоконтроля и сдерживания негативных импульсов; формирование позитивной моральной позиции, жизненных перспектив и планирования будущего.

Второй блок. Программа для родителей подростков с нарушениями поведения направлена на создание психологических условий для преодоления родительских ограничений и приобретения нового опыта взаимодействия с собственными детьми посредством практической тренировки коммуникативных навыков. В процессе работы решаются следующие задачи: переосмысление роли и позиции родителя; развитие взаимопонимания и взаимоуважения прав и потребностей друг друга; снижение тревожности и приобретение уверенности в себе; формирование готовности обсуждать с детьми все спорные и конфликтные ситуации в семье; выработка стиля эффективного взаимодействия с детьми.

Третий блок. Третья программа имеет целью информирование педагогов об индивидуально-психологических особенностях личности подростка с агрессивным поведением и обучение эффективным способам взаимодействия с ним средствами конфликтологии и игротерапии. В ходе тренинга решаются следующие задачи: распознавание и идентификация собственных негативных эмоциональных состояний, возникающих при общении с асоциальными детьми; обучение «целенаправленным» способам отреагирования отрицательных эмоций и приемам регуляции психического равновесия; снятие личностных и профессиональных зажимов и ограничений; освоение методики контакта с неблагополучными детьми различного возраста и выработка стиля эффективного взаимодействия.

Выбор стратегий психокоррекционной работы с агрессивными детьми и подростками должен строиться, во-первых, исходя из принципиальной взаимосвязи внутренней (интрапсихической) и внешней (психосоциальной) детерминации функционирования личности. Во-вторых, необходимо учитывать закономерности процесса изменения поведения, который включает стадии предобдумывания, обдумывания своего поведения, подготовку к его изменению, действие и поддержание нового стиля поведения. В-третьих, психотерапевтические воздействия должны быть направлены на изменения в познавательной сфере личности ребенка через убеждение, внушение, конфронтацию, прояснение и интерпретацию малоосознаваемых переживаний; в эмоциональной сфере – катарсис, эмоциональную поддержку; в поведенческой сфере – мотивацию, новый эмоциональный социальный опыт, подкрепление.

Следовательно, необходимо осуществлять интегративный подход к коррекционной работе и использовать модель пошагового изменения поведения (И.А. Фурманов).

1-й шаг. Осознание: расширение информации о собственной личности и проблеме агрессивного поведения.

2-й шаг. Переоценка собственной личности: оценка того, что ребенок чувствует и думает о своем поведении и себе самом.

3-й шаг. Переоценка окружения: оценка того, как агрессивное поведение влияет на окружение.

4-й шаг. Внутригрупповая поддержка: открытость, доверие и сочувствие группы при обсуждении проблемы агрессивного поведения.

5-й шаг. Катарсис: ощущение и выражение собственного отношения к проблеме агрессивности.

6-й шаг. Укрепление: поиск, выбор и принятие решения действовать, формирование уверенности в способности изменить поведение.

7-й шаг. Поиск альтернативы: обсуждение возможных замен агрессивного поведения.

8-й шаг. Контроль за стимулами и избегание или противостояние стимулам, провоцирующим агрессивное поведение.

9-й шаг. Подкрепление: самоощереение или поощрение со стороны окружающих за изменение поведения.

10-й шаг. Социализация: расширение возможностей в социальной жизни в связи с отходом от агрессивного поведения.

В работе с агрессивными детьми дошкольного и младшего школьного возраста полезны психогимнастика, изотерапия, игровая коррекция поведения. Они направлены на снижение эмоционального напряжения, формирование у детей моральных представлений, развитие способности понимать и адекватно выражать свое эмоциональное состояние, обучение саморелаксации, тренаж психомоторных функций.

При работе с агрессивным поведением необходимо помнить о том, что оно складывается из трех аспектов: познавательного, эмоционального и волевого. Познавательный компонент включает в себе понимание ситуации, выделение объекта и обоснование мотива для проявления агрессии. Эмоциональный компонент представляет собой отрицательные эмоции: гнев, отвращение, презрение, злость. Эмоциональные переживания недоброжелательности, злости, мстительности часто сопровождают агрессивные действия, но не всегда приводят к агрессии. Поэтому так важно учить детей распознавать и регулировать свои эмоции. Наконец, волевой компонент - это целеустремленность, настойчивость, решительность и инициативность. В рамках этого компонента находятся умение преодолевать импульсивность, владение навыками саморегуляции. Степень выраженности компонентов в каждом отдельном случае может варьироваться. Кроме того, уровень агрессивности детей может меняться в зависимости от ситуации, может принимать устойчивые формы.

Коррекционная работа с такими детьми традиционно ведется по нескольким направлениям.

Во-первых, необходимо научить ребенка способам выражения гнева в приемлемой форме. Сдерживая агрессию, «загоняя» ее внутрь себя, гнев рано или поздно найдет выход, причем интенсивность его выражения будет значительно выше, чем это могло бы быть ранее. Помимо этого, накопление гнева может привести к развитию стресса и другим психологическим и психосоматическим расстройствам.

Во-вторых, необходимо научить ребенка некоторым способам саморегуляции, умению распознавать и контролировать свои эмоции в ситуациях, провоцирующих вспышки гнева.

В-третьих, необходимо дать ребенку возможность выплеснуть накопившуюся двигательную энергию и освободиться от усталости.

И, наконец, не менее важно научить ребенка способам эффективного общения и уверенного поведения, помочь ему овладеть приемами разрешения проблемных ситуаций «мирным» путем, без драк и скандалов, а также формировать у ребенка способности к эмпатии, доверию, сочувствию и сопереживанию.

Организационные принципы и условия проведения занятий. Организация деятельности психолога в рамках программы коррекции агрессивного поведения детей должна строиться с учетом следующих принципов:

- гуманизма - утверждение норм уважения и доброжелательного отношения к каждому ребенку, исключение принуждения и насилия над личностью;

- конфиденциальности - информация, полученная психологом в процессе проведения работы, не подлежит сознательному или случайному разглашению. Участие обучающихся, должно быть сознательным и добровольным;

- компетентности - психолог четко определяет и учитывает границы собственной компетентности;

- ответственности - психолог заботится, прежде всего, о благополучии детей и не использует результаты работы им во вред;

В структуре тренинговых занятий используются разнообразные формы и методы работы: дискуссия; работа в парах; работа в малых группах; психологическая игра; визуализация; ролевое проигрывание ситуаций; арттерапевтические техники; проективные методы диагностики эмоциональной сферы; дыхательная гимнастика.

Уменьшение генерализованности агрессии и появление ее форм, более направленных, фиксированных на отдельных, избирательных объектах, должно рассматриваться на определенном этапе психокоррекционной работы как признак положительной динамики аффективного развития аутичного ребенка. Зарождение этой тенденции наблюдается уже на высоте развития аффективного взаимодействия ребенка с его окружением в рамках второго уровня и означает начало формирования специального защитного механизма более сложной аффективной адаптации. Однако в полной мере он начинает функционировать лишь на третьем уровне. Вместе с тем и на третьем уровне аффективной регуляции можно найти более сложный аналог проявлениям генерализованной агрессии, который также выражается в легкости провокации агрессивных тенденций в игре. Однако если на втором уровне агрессия носит физический характер, проявляется как гиперактивность или расторможенность ребенка и провоцируется определенными сенсорными свойствами объектов (которые можно рассыпать, разбить, разломать, бросить и т. д.), то здесь, на третьем уровне, чаще наблюдается вербальная агрессия, выражаемая уже в создании агрессивных аффективных образов, гипертрофирующих какую-либо функцию или качество объекта. Например, если по ходу сюжета игры возникнет дождь, то он такой сильный, что «заливает всю комнату», если едет мотоцикл-то обязательно на кого-то наезжает, если лечение - то «отбойным молотком» и т. д. На этих образах ребенок застревает так же сильно, как на импульсивных агрессивных действиях. Они мешают разворачиваться сюжету игры: поглощенный ими ребенок приходит в сильное аффективное и моторное возбуждение. При усилении возбуждения ребенок часто сопровождает эту вербальную агрессию физической: сбивает и давит своей машинкой или каким-нибудь другим предметом игрушки, с силой бросает их, наступает на них ногой и т. п. Подобные агрессивные действия могут распространиться и на игротерапевта.

В такой ситуации надо попытаться не подкрепить нежелательную активность ребенка: не интерпретировать его действия как положительные, так как это приведет лишь к их усилению, не оценивать отрицательно, иначе они будут использованы ребенком как средство негативного воздействия на взрослого. Нужно попытаться органично переключить ребенка на успокаивающее и организующее занятие - например, почитать его любимую книжку, сесть вместе с ним за рисование.

Самоагрессия, характерная и для мальчиков, и для девочек, является результатом того, что подростка переполняют эмоции, с которыми он еще не в состоянии справиться и поэтому направляет агрессию на самого себя, которая может быть выражена в физической форме. В этом случае, если подросток позволяет нанести вред самому себе, он не обладает адекватной самооценкой среднего уровня. Высоким уровнем проявления вербальной агрессии, точно так же как и физической агрессии, обладают те подростки, у которых высокая самооценка и ярко выражены черты предрасположенности к лидерству. Помимо этого, вербальная форма агрессии зависит от уровня оценки подростка своей самостоятельности, интеллекта и независимости. Показатели предметной и эмоциональной агрессии оказались невысокими, поскольку подростки предпочитают проявлять агрессию с применением физической силы или в вербальной форме, которая преследует ответную реакцию со стороны другого индивидуума.

Тема 11. Разработка и реализация программ профилактики и коррекции страхов и тревоги детей, подростков и юношей.

Общие принципы коррекции тревоги, страхов и фобий. Специфика работы с тревожными детьми разного возраста, подростками и юношами. Виды программ, направленных на коррекцию тревоги, тревожности, страхов и фобий. Общие требования к программам. Программа профилактики и коррекции сверхвыраженной личностной тревожности. Программа профилактики и коррекции сверхвыраженной ситуативной тревожности (на примере конкретных ситуаций). Программа профилактики и коррекции социальных страхов. Программа профилактики и коррекции моральных страхов. Программа профилактики и коррекции витальных страхов.

В настоящее время существует много методов, которые достаточно эффективно используются в процессе коррекции и психотерапии расстройств функционального состояния при страхе. Данные методы условно делятся на четыре следующие категории: 1. Образовательная категория включают: изучение основной концепции современной психологии и физиологии. Достаточно элементарного ознакомления с клинической симптоматикой ПТСР, чтобы помочь людям осознать, что их переживания, их трудности не уникальны, а даже «нормальны» в сложившейся в текущий момент ситуации. 2. Следующая группа методов относится к холистическому, то есть целостному отношению к здоровью. «Здоровый образ жизни», сопровождающийся достаточной для индивида физической активностью. 3. Данная категория включает те методы, которые увеличивают социальную поддержку и социальную интеграцию. Здесь следует говорить о семейной и групповой психотерапии, о развитии сети самопомощи, о формировании и поддержке соответствующих общественных организаций, необходимых для социальной реабилитации. 4. Четвертая категория - это собственно психотерапия. Она включает в себя работу с горем, страхами, психосоматикой, травмирующими воспоминаниями и т.д. и направлена на «переработку» проблемы и совладание с симптомами.

Малкина-Пых, по степени их практической распространенности, классифицирует таким образом: 1. Рациональная психотерапия - это направление психотерапии, в процессе которой клиенту в доступной форме разъясняют не только причины, но и механизмы возникновения страхов. 2. Методы психической саморегуляции, используемые для снятия различных симптомов тревоги и напряжения. Они включают: и аутотренинг, и прогрессивную мышечную релаксацию, а так же активную визуализацию положительных образов. 3. Когнитивную психотерапию использует в случаях, когда необходимо переосмысление всех дезадаптивных мыслей и коррекция негативных установок. 4. Личностно - ориентированная терапия позволяет не только изменить отношение пострадавшего к самой психотравмирующей ситуации, но и принять на себя ответственность если не за саму ситуацию, то за свое отношение к ней. 5. Позитивная терапия, а так же гештальт подход основаны на том представлении, что существуют не только проблемы и болезни, но и способы и возможности их преодоления, присущие каждому человеку.

Конкретная форма психотерапии остается предметом выбора большинства людей, переживших психотравму. Различные уровни психотерапевтических техник могут оказаться весьма эффективными. Это и выслушивание, консультирование, краткосрочная динамическая психотерапия.

Важное место в психотерапии расстройств функционального состояния при страхах занимает «психологический дебрифинг», как метод работы с групповой фобией и как форма кризисной интервенции с особой организацией и четкой структурированностью в группах людей, объединенных одним чувством.

Среди других многочисленных психотерапевтических методов лечения страхов наибольшее распространение получили следующие: 1. Метод десенсибилизации и проработки травмы движениями глаз. 2. Когнитивно-бихевиоральная терапия. 3. Гештальт-терапия. 4. Символ-драма. 5. Семейная психотерапия.

1. Метод десенсибилизации и переработки с помощью движений глаз. Может применяться при лечении страхов как самостоятельный метод психотерапии либо как один этапов комплексного лечебного воздействия. Выделяются 4 основные цели воздействия для ДПДГ: воспоминания о реальной экстраординарной психотравме; другие тягостные навязчивые воспоминания, не связанные с психотравмой; кошмарные сновидения; ассоциативные переживания, вызванные нейтральными раздражителями.

2. Когнитивно-бихевиоральная терапия.

Общепризнанно, что когнитивно-бихевиоральная психотерапия (КБТ) при коррекции страхов является наиболее эффективной. Её главной целью является формирование и укрепление способности к адекватным действиям, к приобретению навыков, позволяющих повысить самоконтроль. В центре внимания КБТ находятся особенности поведения человека, доставляющие страдания ему самому или людям из его ближайшего окружения. Как указывает В.Г. Ромек, КБТ может быть названа любая форма основанного на экспериментальных данных и контролируемого обучения новым, более эффективным и здоровым формам поведения с целью изменения (модификации) или устранения болезненных, доставляющих страдания поведенческих форм. Многие особенности поведения, которые раньше считались «болезнями», с позиций КБТ рассматриваются как «жизненные проблемы» или «поведенческие трудности».

В круг методов КБТ некоторые авторы (В.Е. Саламатов и др.) относят и нейролингвистическое программирование. Одним из базовых положений НЛП является утверждение: человек несет в себе в той или иной степени скрытые, неиспользованные психические ресурсы. Главными задачами нейролингвистического программирования-терапии является обеспечение доступа пациента к скрытым ресурсам, их извлечение из подсознания и вывод на сознательный уровень с последующим обучением пациента (клиента) тому, как ими пользоваться. Данные задачи решаются с помощью техник: «интеграция якорей», «визуально-кинестетическая диссоциация», «шестишаговый рефрейминг», техника «взмаха» и др.

3. Гештальт-терапия. Гештальт-подход, рассматривается традиционно, как один из весьма эффективных методов терапии. Используется для лечения фобических, тревожных и депрессивных расстройств. Обычно применяется - в групповых методах работы. В процессе гештальт-терапии ставится акцент на переживании и максимальном расширении жизненного пространства, свободы выбора, а не на понимании (интерпретации) клиента, не на попытках научить его определенным схемам поведения.

4. Символ-драма. Основа метода - это свободное фантазирование в форме образов, так называемых «картин» на заданную психотерапевтом тему. Процесс происходит следующим образом: клиент лежит на кушетке в расслабленном состоянии. С помощью врача клиент вызывает у себя имажинации - похожие на сновидения образы. Вся система метода кататимного переживания образов (КПО) разделена на три ступени, для которых отобраны соответствующие мотивы, представляющие широкое поле для символического проецирования индивидуального материала. К стандартным мотивам относятся мотив луга, мотив ручья, мотивы горы и дома.

При психотерапии лиц, страдающих страхами, метод КПО позволяет решить следующие задачи:

- снижение психоэмоционального напряжения;
- формирование позитивного фона настроения и получение доступа к ресурсному состоянию;
- достижение релаксации, позволяющее усилить яркость представляемых образов, приводящее к еще более глубокому расслаблению;
- постепенное осознание источников проблемы, выявление причинно-следственной связи между особенностями личности и наличествующими симптомами;
- проработка аффективных и инстинктивных желаний, вытесненных больным;
- обращение к проблемам раннего периода жизни, их проработка.

5. Семейная психотерапия - любые формы СП начинаются с установления т. н. «семейного диагноза» - определения типологии нарушений с учетом личностных особенностей членов семьи, и характеристик патологии одного из них. Следует всегда помнить, что основным теоретическим базисом СП является принцип системности семейных отношений, под которым понимается взаимодетерминированность отдельных личностей, а так же межличностных отношений. Согласно этому принципу любая семья представляет собой замкнутый и постоянно воспроизводимый гомеостатический цикл, образуемый, с одной стороны, характером взаимодействия и стилем общения семьи, а с другой - их личностными особенностями.

Помимо вышеперечисленных методов, в практике психотерапии страхов используются различные методы психодинамической и групповой психотерапии, техника «вскрывающих интервенций», тренинг преодоления тревоги, арттерапия, гипноз и многие другие психотерапевтические способы воздействия.

Как считает Б.С. Положий, в настоящее время общепризнано, что психотерапевтические методы (когнитивные, психодинамические, поведенческие и интегративные) занимают ведущее место в комплексном лечении больных с фобиями. Основными принципами психотерапии при этом являются комплексность мероприятий, дифференцированность (в зависимости от стадии и клинического варианта заболевания) и протяженность во времени - длительная работа до достижения выздоровления или стойкого клинического улучшения.

Индивидуальная работа с тревожными детьми имеет самый общий алгоритм, который наполняется важным именно для этого ребенка ситуационным содержанием.

Содержание работы детьми направлено на формирование общения, на коррекцию самооценки, преодоление внутренних конфликтов. Параллельно с этим идет направление по ликвидации причин, вызвавших тревожность, развитие умения справляться с повышенной тревогой.

Для формирования поведения важное значение имеет развитие способности к целеполаганию, а это в свою очередь, требует развития рефлексии. Направление работы психолога с тревожными детьми - научить детей не только слушать, но и слышать, не только смотреть, но и видеть.

Можно выделить несколько этапов направленных на психологическую помощь детям с высоким уровнем тревожности:

- Консультация родителей и предоставление им рекомендаций, разработанных именно под их случай;
- Диагностика ребенка;
- Основная работа с ребенком. Сюда входят специально подобранные упражнения на актуализацию тревоги, ее разрядки (уничтожение и преобразование), выработка новых стратегий поведения;
- Закрепление результатов. Работа строится на повышении самооценки и его уверенности в себе и своих силах;
- При необходимости, после индивидуальной коррекции предлагается включение в тренинговую группу развития коммуникативных навыков и уверенного поведения;
- Итоговая консультация с родителями, выработка стратегий поведения и общения с ребенком на будущее.

Для подростков с повышенным уровнем тревожности требуется целенаправленная коррекционная работа, что предполагает развитие рефлексии, т. е. самопознания внутренних психических актов и состояний, а также формирование устойчивой положительной самооценки. Задача, которую должен решить тревожный подросток школьного возраста, заключается в поиске для себя «островка безопасности» и его укреплении. Чтобы подросток смог четко обозначить границы своих негативных чувств, необходимо создать условия, при которых он смог бы выговориться, превратить чувства в образ. Таким образом, выше

перечисленный список дополняется возможностью прохождения индивидуальной психотерапии.

Основные этапы индивидуального консультирования тревожных подростков включают в себя:

- Поддержание или восстановление позитивного самоотношения;
- Анализ проблемы, ее проявления, определение провоцирующих причин;
- Постановку позитивной цели, описание желаемого поведения;
- Описание конкретных достижений через заданные отрезки времени;
- Уточнение параметров желаемого результата;
- Определение возможностей и ресурсов, а так же союзников, тех, кто может помочь в достижении цели;
- Проработку возможных возвращений к старым формам поведения.

Вне зависимости от того, чем вызвана и как проявляется боязнь, необходима своевременная коррекция страхов.

Своевременная коррекционная работа с дошкольниками способствует снижению эмоционального напряжения детей, облегчению, а иногда и полному избавлению от страхов. Одним из эффективных направлений работы по коррекции страхов у детей является артпедагогика. «Коррекционные возможности искусства по отношению к ребенку с проблемами связаны прежде всего с тем, что оно является источником новых позитивных переживаний ребенка, рождает новые креативные потребности и способы их удовлетворения в том или ином виде искусства».

Артпедагогические методы позволяют погружаться в проблему страха на столько, насколько ребенок готов к ее переживанию. Для преодоления страхов может использоваться изобразительная деятельность. Изотерапия используется при создании положительной мотивации, помогает преодолеть страхи детей перед трудностями, помогает создать ситуацию успеха, а также воспитывает чувство взаимопомощи, взаимовыручки, помогает детям развивать фантазию, используя различные цветовые гаммы, различные материалы для работы. Имеет огромное коррекционное значение при развитии мелкой моторики пальцев рук.

Среди разработанных методов коррекции детских страхов наибольшей популярностью и эффективностью пользуются рисуночные и игровые методы, разработанные Захаровым А.И. позволяющие предупредить развитие невротических отклонений в поведении детей.

При помощи рисования дети выражают свои эмоции. Рисунок ребенка отражает его увлечения, интересы, особенности характера и является своеобразным «зеркалом» его переживаний. Именно поэтому метод коррекции страхов у детей с помощью рисунка является наиболее эффективным. При графическом изображении объекта, вызывающего боязнь, уменьшается тревожность, связанная с ожиданием чего-то страшного. Нарисованный страх – это что-то уже случившееся, а значит, неопасное, поэтому ребенок не будет бояться своего рисунка. Страхи, которые удалось преодолеть в детстве, не будут тревожить взрослого. Коррекция фобий должна производиться в присутствии близких взрослых. Ребенок должен чувствовать поддержку со стороны родителей и знать, что ему помогут, если что-то произойдет.

Рисование предоставляет естественную возможность для развития воображения, гибкости и пластичности мышления. Действительно, дети, которые любят рисовать, отличаются большей фантазией, непосредственностью в выражении чувств и гибкостью суждения. Они легко могут представить себя на месте того или иного человека или персонажа рисунка и выразить свое отношение к нему. Рисуя, ребенок дает выход своим чувствам и переживаниям, желаниям и мечтам, перестраивает свои отношения в различных ситуациях и безболезненно соприкасается с некоторыми пугающими, неприятными и травмирующими образами.

Повторное переживание страха при отображении на рисунке приводит к ослаблению его травмирующего звучания. Отождествляя себя с положительными и сильными,

уверенными в себе героями, ребенок борется со злом: защищает близких, побеждает врагов. Здесь нет места бессилию, невозможности постоять за себя, а есть ощущения силы, геройства, способности противостоять злу и насилию.

Рисование выступает как способ постижения своих возможностей и окружающей действительности, моделирования взаимоотношений и выражений эмоций, в том числе и отрицательных, негативных. Это не означает, что активно рисующий ребенок ничего не боится, просто у него уменьшается вероятность появления страхов, что само по себе имеет немаловажное значение для психического развития.

Успешность устранения страхов зависит от знания причин и особенностей их развития. Посредством рисования в первую очередь удастся устранить страхи, порожденные воображением, то есть то, что никогда не происходило, но может произойти в представлении ребенка. За тем идут страхи, основанные на реальных травмирующих событиях, но произошедших достаточно давно и оставивших не очень выраженный к настоящему времени эмоциональный след в памяти ребенка.

Рогов Е. И. предлагает следующие приёмы коррекции страхов, не связанных с нарушениями личностных отношений:

1. Разыгрывание ситуации взаимодействия с предметом страха в игре, что помогает отрегулировать остаточное напряжение от стрессового воздействия, которое порождает явление неадекватного страха в обычных неэкстремальных ситуациях. Для игры рекомендуется подобрать игрушки, похожие на тот предмет, которого боится ребенок и поиграть в «страх», разыграть тот сюжет, в котором может «расправиться» со своим страхом, отыграть свои эмоции в символической форме и избавиться от напряжения.

2. Манипулирование предметом страха – способность управлять пугающим предметом, держать его в руках поможет ребенку приобрести чувство превосходства, властвования над ним.

3. Эмоциональное переключение, т. е. показать ребенку незначительность пугающего объекта, которое может быть подчеркнуто короткой фразой, выразительным жестом, как бы отбросить, проигнорировать его, при этом важна интонация, с которой произносятся слова, заражая ребенка уверенностью и спокойствием.

4. Подражание и заражение, когда ребенок, подражая взрослому не только в поведении, но и оценкам, заражается его состоянием. Поэтому из окружения ребенка должны быть удалены тревожные, истеричные люди

5. Эмоциональные качели. Принцип заключается в переходе одного состояния в другое – противоположное. Для эмоциональных процессов качели означают попеременный переход от состояния опасности к состоянию безопасности, где ребенок испытывает прочность своих регуляторных возможностей, обучается управлять своим состоянием.

6. Эмоциональный конфликт. Поскольку страх – эмоциональное явление, то «вытормозить» его можно более сильной эмоцией. Воздействие на ребенка должно быть направлено не на его разум, а происходить опосредовано, либо через создание ситуации, в которой возможно овладение страхом.

7. Анатомирование страха – достаточно старый педагогический прием, это объяснение ребенку, что собой представляет пугающий его предмет, как он устроен, «откуда берется». Здесь коррекционная работа проводится не с самим страхом, а с личностным отношением ребенка к причинам их породившим, в случае успеха, страх исчезает сам, либо через формирование дополнительных эмоциональных отношений, которые устраняют страх

8. Привыкание или сенсбилизация – уменьшение чувствительности по отношению к пугающему объекту, которое происходит в результате узнавания ребенком того, что из себя представляет объект его страха, а также в результате наблюдения ребенком нейтрального отношения взрослого к страшному объекту.

Таким образом, из разнообразных методов и приемов коррекции страхов выделяется использование изобразительного творчества и игры, как одних из ведущих видов деятельности детей дошкольного возраста.

К наиболее часто встречающимся методам можно отнести и игровую терапию.

Игра имеет несколько функций и одна из них – терапевтическая. По мнению Е.С. Жорняк, игровая терапия – нередко единственный путь помощи тем, кто еще не освоил мир слов, взрослых ценностей и правил, кто еще смотрит на мир снизу вверх, но в мире фантазий и образов является повелителем.

Первичным источником изменения поведения ребенка, с точки зрения поведенческой игровой психотерапии, становится предъявление ребенку негативных и позитивных последствий его поведения. В первую очередь терапевт ставит задачу изменить и скорректировать установки и убеждения ребенка.

Особое место в игровой деятельности детей, испытывающих различные страхи, занимает сюжетно-ролевая игра. Этот вид игры, по мнению М.Ш. Вроно, имеет важное воспитывающее значение, на ее основе, считает автор, можно моделировать различные реальные ситуации из жизни взрослых, воссоздавать положительный или отрицательный образ, воспроизводить объективную логику событий в определенной последовательности. Игра выделяет и моделирует социальные отношения с помощью ролей, игровых действий, игровых предметов и замещения.

А. И. Захаров разработал методику игровой психотерапии, в том числе эффективную при работе с детскими страхами. Методика является частью целого комплекса различных воздействий на ребенка, включающего и семейную психотерапию. Игра рассматривается им и как самостоятельный метод, и как составная часть, сочетающаяся с рациональной и суггестивной психотерапией. А.И.Захаров предлагает следующую последовательность приема ребенка: 1) беседа; 2) спонтанная игра; 3) направленная игра; 4) внушение.

Сюжетно-ролевая игра имеет несколько функций: диагностическую, психотерапевтическую, развивающую.

Другим часто встречающимся методом коррекции детских страхов, относящихся к арт-терапевтическому направлению, является сказкотерапия – «метод, использующий сказочную форму для интеграции личности, развития творческих способностей, расширения сознания, совершенствования взаимодействий с окружающим миром».

Выделяют следующие коррекционные функции сказки: психологическую подготовку к напряженным эмоциональным ситуациям; символическое отреагирование физиологических и эмоциональных стрессов; принятие в символической форме своей физической активности.

Еще один метод работы с детскими страхами – куклотерапия. Он основан на процессах идентификации ребенка с любимым героем мультфильма, сказки или с любимой игрушкой. Это частный метод арт-терапии.

В качестве основного приема коррекционного воздействия используется кукла как промежуточный объект взаимодействия ребенка и взрослого.

Ребенок, познавая реальный мир, его социальные связи и отношения, активно проецирует воспринимаемый опыт в специфическую игровую ситуацию. Основным объектом такой социальной проекции довольно долгое время выступают куклы.

Также достаточно распространенными методами, применяемыми в коррекции детских страхов, являются методы поведенческой психотерапии.

Поведенческая терапия состоит в «попытке изменить человеческое поведение и чувства в позитивном направлении с использованием современных теорий научения».

Выделяют несколько методов воздействия в поведенческой терапии: оперантные методы; метод конфронтации; когнитивное реструктурирование; тренинг уверенности в себе; способы самоконтроля; систематическую десенсибилизацию.

В большинстве случаев в работе с детскими страхами используются элементы или отдельные методы работы. Примером может служить метод систематической десенсибилизации. Это метод «систематического постепенного уменьшения чувствительности человека к предметам, событиям или людям, вызывающим тревожность, а следовательно, и систематическое последовательное уменьшение уровня тревожности по отношению к этим объектам».

Коррекционно-развивающую работу с тревожными детьми следует строить в соответствии с учетом причин, вызвавших ее проявления.

Вариантом вербальной десенсибилизации в работе с детьми является методика эмотивного воображения: используется воображение ребенка, позволяющее ему отождествлять себя с любимым героем и разыгрывать ситуации, в которых тот участвует. Психолог направляет игру ребенка таким образом, чтобы он в роли своего любимого героя постепенно сталкивался с ситуациями, вызывавшими ранее страх.

Тревожность возникает вследствие столкновения ребенка с требованиями обучения и кажущейся невозможностью им соответствовать. Причем большинство младших школьников переживает не из-за плохих отметок, а из-за угрозы испортить отношения с учителями, родителями. Особенно большое влияние оказывают взаимоотношения со сверстниками, положение ребенка в группе сверстников.

Тревожности могут быть подвержены как мальчики, так и девочки, Но специалисты считают, что в дошкольном возрасте более тревожными являются мальчики, к 9-11 годам - соотношение становится равномерным, После 12 лет происходит резкое повышение тревожности у девочек. При этом, тревога девочек по своему содержанию отличается от тревоги мальчиков: девочек больше волнуют взаимоотношения с другими людьми (ссоры, разлуки и т.д.), мальчиков - насилие во всех его аспектах.

Коррекционную работу с тревожными детьми целесообразно проводить в трех основных направлениях: во-первых, по повышению, самооценки ребенка, во-вторых, по обучению ребенка способам снятия мышечного и эмоционального напряжения, и в-третьих, по отработке навыков владения собой в ситуациях, травмирующих ребенка.

Работа по всем трем направлениям может проводиться либо параллельно, либо, в зависимости от выбранного взрослым приоритета, постепенно и последовательно.

Основные направления коррекционно-развивающего воздействия:

1) Повышение самооценки ребенка. Довольно часто тревожные дети имеют заниженную самооценку, что выражается в болезненном восприятии критики от окружающих, обвинении себя во многих неудачах, в боязни браться за новое сложное задание. Такие дети, как правило, чаще других подвергаются манипуляциям со стороны взрослых и сверстников. Кроме того, чтобы, вырасти в собственных глазах, тревожные дети любят покрывать других. Для того, чтобы помочь детям повысить самооценку, Вирджиния Квинн предлагает оказывать им поддержку, проявлять искреннюю заботу о них и как можно чаще давать позитивную оценку их действиям и поступкам. Можно использовать следующие методы работы:

1. Необходимо чаще называть ребенка по имени и хвалить его в присутствии других и взрослых. Можно отмечать успехи ребенка на стенде.

2. Нельзя сравнивать результатов выполнения задания одних с другими. Необходимо сравнивать результаты работы данного ребенка вчера и сегодня и т.п.

3. Следует спрашивать в середине урока не за фиксированное педагогом время. Не надо торопить с ответом.

4. При обращении необходимо установить визуальный контакт, прямое общение «глаза в глаза» вселяет чувство уверенности.

5. Чтобы ребенок считал себя не хуже других, необходимо проводить беседы с детским коллективом, во время которых остальные дети говорят о своих проблемах. Это помогают осознать, что другие дети тоже испытывают проблемы, сходные с его проблемами.

2) Обучение ребенка способам снятия мышечного и эмоционального напряжения. Необходимо научить выполнять релаксационные упражнения.

Кроме релаксационных игр в работе необходимо использовать и игры, в основе которых телесный контакт с ребенком. Очень полезными являются и игры с песком, глиной, с водой, различные техники рисования красками.

Использование элементов массажа и даже простое растирание тела способствуют снятию мышечного напряжения.

Вайолет Оклендеррекомендует при работе с тревожными детьми устраивать импровизированные маскарады, шоу. Это помогает детям расслабиться.

3) Отработка навыков владения собой в ситуациях, травмирующих ребенка.

Сюжетами для ролевых игр целесообразно выбирать «трудные» случаи из жизни каждого ребенка. Так, если ребенок боится отвечать у доски, то следует проиграть с ним именно эту ситуацию, обратив внимание ребенка на то, что происходит с ним в каждый определенный момент, и как можно избежать неприятных переживаний и ощущений (используя дыхательные упражнения, методы самовнушения («Я - лучший в мире математик и т. д.), приемы саморегуляции (поочередное сжимание кистей рук в кулаки и расслабление и т.д.).

Социальные страхи вызваны ситуациями, которые могут нести угрозу социальному статусу или самооценке личности. Необходимым приемом при проработке данных страхов является отслеживание негативных мыслей и оценок ситуации, сосредоточение на их иррациональности. Размышления должны подтверждаться (опровергаться) конкретными фактами, которые обязательно фиксируются – можно в письменном виде.

Моральный страх возникает, когда индивид не принимает в качестве ориентиров для собственного поведения нормы, предлагаемые окружающими. В коррекционной работе с моральными страхами успешно применяется совокупность различных методик. Этот комплексный подход называется арт-синтезтерапией. Он объединяет разнообразные методики в единое целое, так как многие виды искусства легко сочетаются (например, игротерапия и оригами, театр и драматургия, риторика и стихосложение).

«Витальный страх» - это страх боли, крови, неожиданных звуков, смерти, смерти родителей и др. Для коррекции витальных страхов используется Арт-терапия – метод психотерапии, в котором для лечения и психокоррекции используются творчество и художественные приемы (игра, рисование, музыка, фотография, лепка, кинофильмы, книги, создание историй и др).

Тема 12. Разработка и реализация программ профилактики и коррекции чувства одиночества и депрессии у подростков и юношей.

Причины чувства одиночества и депрессии в подростковом и юношеском возрасте. Общие принципы психологической работы с различными видами депрессий у подростков и юношей. Виды программ, направленных на профилактику и коррекцию чувства одиночества и депрессии у подростков и юношей Программа профилактики и коррекции дезадаптивного чувства одиночества. Программа профилактики и коррекции объективного одиночества. Программа профилактики и коррекции субдепрессивных расстройств в подростковом и юношеском возрасте. Программа профилактики и коррекции депрессивных расстройств в подростковом и юношеском возрасте.

Одиночество испытывают многие. Но у всех для этого разные причины. Согласно системно-векторной психологии это зависит от врожденных векторов человека, то есть особенностей его психики.

Так причины подросткового одиночества в зрительном векторе – это страхи, болезненный разрыв отношений или несчастная первая любовь. Мы видим, что первый запрос как раз об этом. Об отсутствии эмоциональных связей.

Подростки с анальным вектором, ценностью которых является дружба, честность, справедливость, – их одиночество возникает, потому что лучший друг уехал, предал, подвел или обманул.

Но все это видимые страдания души, такие моменты легко заметить, да и подростки сами проговаривают эти проблемы вслух. Чаще всего, когда удается наладить эмоциональные связи или найти друга, страдания прекращаются и одиночество исчезает.

Полное, гнетущее, постоянное одиночество тяжелой плитой придавливает подростка и приводит его к состоянию депрессии.

Возникает отчаяние, становится невыносимо больно. В таком состоянии подросток может даже подумывать о суициде.

Причиной таких страданий, часто не видимых глазу, является звуковой вектор,-это особое устройство психики человека. В приоритете ответы на постоянно возникающие в голове подростков вопросы о смысле жизни. Внутренние вопросы о смысле бытия доминируют и пульсируют в голове.И полное одиночество позволяет насладиться поисками ответов.

Одиночество проявляется на разных уровнях – коммуникативном, духовном, эмоциональном, бывает эпизодическим и постоянным, вынужденным и добровольным. Оно может зависеть и от функционирования мозга, т. е. от предрасположенности индивида к интраверсии. Поэтому и помощь подростку должна основываться на понимании природы одиночества, которое, может переходить в депрессию.

Подросток, переживания которого незаметны, держит их в себе. Такие ребята больше подвержены депрессии, потому что не могут ни с кем поделиться своими проблемами, кроме самого близкого человека. Эмоциональная нестабильность, подверженность сильным и неадекватным переживаниям требуют от психолога помощи в укреплении нервной системы такого подростка. Следует научить его радоваться «солнечному лучику», голубому небу, появившейся зеленой траве и листьям на деревьях... Для этого необходимы наблюдательность и стремление открываться людям, а не бояться их.

Эмоциональное одиночество – неумение раскрыться перед другими, сопровождающееся не только замкнутостью, но и переживанием своей отвергнутости. Отсутствие эмпатии к другому, неумение сопереживать кому-то оборачивается отчужденностью других от подростка. Чаще всего это случается с личностью с эгоистической направленностью в общении, с эгоцентриком, который считает, что он может больше требовать, чем отдавать. Психологам и педагогам следует обратить внимание и на заниженную самооценку в результате дисморфофобии. Это ощущение своего физического недостатка и возможного дискомфорта в общении чаще всего возникает у подростков из семей с авторитарными родителями, где они эмоционально закрыты, обычно мало открыто радуются, шутят, смеются и, наоборот, часто кого-то осуждают. Значит, психологическая помощь таким подросткам сначала должна быть опосредованной: надо узнать, как живет семья подростка, каковы его привязанности, друзья, симпатии и антипатии, чему он радуется и чему огорчается, бывает ли он одиноким и как он чувствует себя в этом состоянии.

Коммуникативный уровень одиночества проявляется в отчужденности, неумении вступать в контакт первым. Поэтому нужно развивать коммуникативные навыки. Надо научить подростка прежде всего быть сдержанным, спокойно встречаться взглядом с собеседниками, здороваясь, улыбаться.

Примеры специальных игр и упражнений, которые помогут в работе по развитию коммуникативных умений подростка, следовательно, научат его справляться с трудностями в общении и избегать одиночества:

«Общий рассказ»

Все сидят в кругу. Один начинает рассказ на какую-либо тему, например детектив: «Однажды в зимнюю ночь, когда все уже давно спали.» Первый рассказчик говорит только первую фразу, затем сюжет продолжает другой, за ним – третий и так до последнего участника группы. Рассказ записывается на диктофон, а потом прослушивается и обсуждается. Поскольку каждый может внести в рассказ юмористические штрихи, обсуждение, как правило, проходит непринужденно и весело. Снимаются коммуникативные барьеры. Такое упражнение можно выполнять в семейном кругу: оно сближает подростков с членами семьи и помогает воздействовать на него без давления.

«Голос совести»

Один участник произносит монолог от имени своего «Я», второй продолжает его также от имени первого «Я» и так далее по кругу. Все говорят от имени его «совести» либо «внутреннего голоса», вскрывая то, о чем хотел бы умолчать первый, или то, что ему не

удается выразить самому. «Совесть» говорит от первого лица, потому что она является как бы частью главного героя. Можно менять упражнение, задав направление монолога: «Сегодня будем говорить о том, когда и почему люди бывают одинокими», «Наша совесть сегодня расскажет о том, почему появляется хандра, депрессия, злость и т. п.»

«Сосед справа»

Ведущий сообщает условия: «Каждый сейчас будет отвечать за соседа. Я могу задать вам любой вопрос («Как ваше здоровье?») или заставить вас сделать какое-нибудь движение. Но сделает его тот, кто находится справа. После выполнения задания ведущий спрашивает, правильно ли сделал упражнение сосед.

Упражнение направлено на развитие взаимопонимания.

«Ассоциация»

Каждый участник говорит одно слово, которое его характеризует: определение, ассоциацию. Если непонятно, можно попросить повторить.

Упражнение помогает понять, как воспринимает себя участник игры, чем отличается его самовосприятие от восприятия членами группы.

Подросткам необходимо разъяснить разницу между скукой, грустью и одиночеством, которые могут быть ситуативными и постоянными. Скука и грусть очень часто возникают тогда, когда подросток занимается деятельностью, которая ему надоела или неинтересна. В этом случае необходимо развивать волю: поставить часы с будильником для того, чтобы преодолеть свою лень, выполнив сложное задание, следует похвалить себя. В следующий раз надо увеличить нагрузку, придумать себе вознаграждение за то, что справляешься с ленью, скукой.

Определяющая характеристика когнитивной коррекции депрессивных расстройств в том, что она является прямым, структурированным, часто краткосрочным видом коррекции и делает акцент на развитии познавательных способностей, что связано с поведенческими событиями и навыками решения проблем. Основная мыслительная конструкция такова - познавательные способности человека обуславливают его чувства.

На занятиях психолог помогает подростку выявлять у себя негативные мысли и давать реальную оценку положению вещей, психолог руководит подростком в прокладывании новых путей мышления, в отработке и закреплении новых форм реагирования на факты и события. Такое обучение своего клиента большинство когнитивных психологов и рассматривают как коррекционную программу, на которой психолог и клиент работают вместе - вместе составляют список проблем и задач, вместе стремятся достичь намеченных целей.

Курс когнитивной коррекции длится, как правило, не долго, он состоит всего из 12 - 16 занятий. Однако в случае длительно протекающих форм депрессии лечение может растянуться от 6 месяцев до 2 лет.

Задача поведенческой психокоррекции, которую еще называют психологическим усовершенствованием поведения, - помогать клиентам видоизменять те действия и поступки, которые обостряют тяжесть течения депрессивных переживаний. По мнению поведенческих психологов, психотерапевтов, депрессивное состояние возникает тогда, когда от клиента требуется слишком много, а вознаграждение за это - несоразмерно мало. В работе с подростками психолог для подкрепления положительных эмоций будет использовать принцип адекватного вознаграждения. Например, клиент - честлюбивый ученик, но в учебе идет позади тех, кто способнее его, и это служит основой его переживаний, приводящих к депрессии. Задача поведенческого психолога - научить его держаться уверенно и быть довольным своими результатами.

При некоторых методах психокоррекционной работы психолог на занятиях с клиентом в основном слушает, а не говорит. В отличие от этого, поведенческий психолог выполняет более активную роль. Он строит для клиента индивидуальный коррекционный план и работает по нему с учетом конкретного депрессивного состояния и того, чем оно вызвано.

Психоаналитическая коррекция основывается на концепции, что на чувства и поведение человека сильное влияние оказывают прошлый опыт и подсознательные желания и страхи. Согласно этой теории, многие психические заболевания могут быть излечены путем изменения взглядов больного на самого себя и на работу своего собственного сознания и эмоций. Этот вид работы очень привлекает пациентов, хотя и требует большего времени, чем другие. Психоаналитическая коррекция не просто снимает симптомы расстройства, она ставит своей задачей изменить личность, характер человека, помочь ему научиться доверять другим, строить близкие отношения с людьми, лучше справляться с трудностями, потерями и не лишать себя при этом широкого спектра эмоций.

Согласно психоаналитической теории, причиной депрессии может стать конфликт между подсознательными и сознательными мыслями, убеждениями и желаниями человека. Беспокоящие подростков конфликт они стараются подавить и инстинктивно перемещают их из сознания в подсознание. Задача психоаналитической коррекции - поднять из глубин подсознания эти подавленные и нерешенные конфликты и перенести их в наше сознание с тем, чтобы встретить их лицом к лицу и избавиться от них.

Чтобы извлечь на свет подавленные конфликты подростка, психоаналитик может воспользоваться одним из методов психоанализа: свободные ассоциации, перенос, анализ сновидений и т.д.

Межличностный подход к психотерапии и психокоррекции депрессивных состояний. Межличностная психокоррекция - это метод, который ставит своей задачей изменить человеческие взаимоотношения, вносящие свою долю в причины депрессивных переживаний подростков. Согласно теории, разработанной психиатром Джеральдом Клеманом и психологом Мирной Вейсман, такие болезненные переживания вытекают из трудностей в личных взаимоотношениях людей.

Межличностный психолог пытается улучшить представления больного о себе самом и его способностях к общению, что в свою очередь должно оздоровить его отношения с людьми. На занятиях клиент узнает свои возможности строить и поддерживать здоровые отношения с другими людьми, справляться с новыми задачами, бедой и горем, требующими длительного напряжения. С помощью специальных приемов подросток определяет вместе с психологом круг его проблем во взаимоотношениях с людьми и старается улучшить соответствующие способности.

Задача семейной психокоррекции - ознакомить членов семьи подростка с его проблемой и показать им, как они могут помочь. Семья служит мощным источником сил для подростка с депрессивным расстройством. Разногласия членов семьи, сложности в родственных отношениях или в общении приводят к появлению определенного типа пациентов, у которых семейные проблемы выливаются в депрессию. Таким образом, терапевт рассматривает подростковую депрессию, обращаясь к патологии в семейной системе. Семейная коррекция обычно является кратким, ориентированным на действия подходом, цель которого состоит в снятии симптомов через изменение поведения членов семьи.

Групповая психокоррекция депрессивных состояний. Одной из основных целей групповой психокоррекции для решения почти любой психической проблемы является создание подростком условий для установления контакта с ровесниками, у которых возникают такие же трудности и которые могут поддержать друг друга и вместе практиковаться в новых навыках в установлении межличностных отношений.

Многие группы, созданные для подростков, страдающих депрессией, представляют собой группы тренинга социальных навыков. Лечение здесь сосредоточено на установлении и практике социальных навыков, способных помочь в разрешении конфликта в отношениях с семьей и друзьями. Внутри групповых занятий присутствующие часто проигрывают по ролям различные ситуации общения, такие как прояснения проблемы, понимание точки зрения другого человека и выражения своих чувств. Другие группы могут быть менее структурированы. Подростки в этих группах могут использовать занятия для обсуждения

проблем, которые они испытывают с семьей и друзьями. Другой отличительной чертой этих групп является то, что занятия во многих из них ограничены во времени, имеют четкие цели и программы рассчитанные на определенный период времени.

Тема 13. Разработка и реализация программ профилактики и коррекции диссоциативных (конверсионных) расстройств у детей, подростков и юношей.

Общие принципы профилактики и коррекции диссоциативных (конверсионных) расстройств у детей, подростков и юношей. Специфика работы с детьми и подростками, имеющими конверсионные расстройства. Основные мишени профилактической и коррекционной работы. Программа профилактики и коррекции диссоциативных расстройств у детей. Программа профилактики и коррекции диссоциативных расстройств в подростковом возрасте. Программа профилактики и коррекции диссоциативных расстройств в юношеском возрасте.

Прежде всего необходимо по возможности устранить травмирующие обстоятельства либо смягчить их влияние. Иногда положительное воздействие оказывает перемена обстановки. Главное место в лечении диссоциативных расстройств отводят психотерапии, в частности рациональной. Пациенту необходимо деликатно объяснить, что симптомы вызваны не соматическим заболеванием, а психологическими причинами, например можно сказать больному, что у него всё в порядке, что все болезненные симптомы со временем пройдут и что ему показано лечение с помощью психологических методов. Если сказать таким больным, что все их жалобы являются плодом воображения, это приводит не к улучшению, а к ухудшению. Многократные настойчивые и целенаправленные беседы с больным способствуют выработке у него правильного отношения к причинам заболевания.

Психологическое лечение. Метод выбора – психоаналитическая психотерапия. В некоторых случаях успешными оказываются гипноз и поведенческая психотерапия. Важное условие успешного лечения – изучение социальной ситуации больного с целью устранения вторичных выгод от заболевания.

Семейная психотерапия применяется в тех случаях, если причиной развития болезни являются семейные проблемы.

Лечение конверсионного расстройства у детей не требует назначения препаратов. Для избавления от этого недуга рекомендуется родителям изменить свой стиль поведения по отношению к ребенку и методы воспитания. Если этот способ не помогает вылечить конверсионное расстройство, то необходимо обратиться за помощью к психологу или психотерапевту.

Специфика работы с детьми и подростками, имеющими конверсионные расстройства:

- Терапевтические беседы: выявление пусковых факторов и разработка стратегий преодоления, позже выработка символического значения и связей с собственной личностью;
- Разъяснительная беседа с родителями по поводу последствий предъявления ребёнку завышенных требований;
- При стационарном лечении усиливать здоровые части личности, уделять болезненным симптомам минимальное внимание, и только при необходимости;
- Проводить мероприятия, способствующие развитию.

Реализация основных принципов профилактической работы возможна только при создании целостной системы изучения ребенка как развивающейся личности, т. е. через создание комплексной профилактической диагностической программы. Такая программа, основной целью которой является сохранение психологического здоровья детей и обеспечение благоприятных условий их развития, определяет стратегическую линию формирования личности. С одной стороны, она демонстрирует индивидуальные особенности каждого ребёнка, а с другой – дает возможность своевременно ему помочь (провести

коррекционную работу), как в случае, когда она основана на запросе, родителей, так и в случае, если ее необходимость выявлена в результате диагностического обследования.

Профилактика диссоциативных расстройств включает:

- правильный образ жизни;
- избегание эмоционального и психического перенапряжения.

Главный упор в лечении диссоциативного расстройства делается на психотерапевтическую работу, когда психиатр убирает причины, вызвавшие патологию. Специалист помогает осознать их и принять, найти верное решение, как устранить, чтобы прекратить их пагубное воздействие. Также акцент делается на том, что потеря памяти является следствием психологических травм, а не соматических болезней. Также проводится коррекция поведения человека в стрессовой ситуации. Помимо этого, действенным методом может являться гипноз.

Тема 14. Разработка и реализация программ предупреждения суицида в подростковом и юношеском возрасте.

Основные принципы работы с подростками и юношами по профилактике суицидов. Программа предупреждения суицидов девочек-подростков (с учетом демонстративных суицидов). Программа предупреждения суицидов мальчиков-подростков. Программа предупреждения суицидов юношей. Программа предупреждения суицидов девушек.

В профилактической работе с детьми строго противопоказано вести разговоры о суициде и суицидальных намерениях: следует учитывать тот факт, что муссирование данной темы порождает суицидальные попытки и запускает механизмы демонстративных суицидов, манипулирования со стороны детей родителями и специалистами.

Профилактическая работа должна носить косвенный характер и быть направлена на помощь в овладении навыками регуляции эмоционального состояния, преодоления жизненных трудностей, эффективного поведения в ситуации выбора, навыками эмпатического общения и поддержки. Такую профилактику называют скрытой профилактикой.

Основное направление профилактики суицида – реализация системы психолого-педагогического сопровождения развития личности. Оно ориентировано на движение вслед за подростком, рядом с ним по пути его личностного саморазвития.

Цель сопровождения – создание таких психолого-педагогических условий, в которых каждый подросток становится субъектом своей жизни, находя ответы на ключевые вопросы, возникающие при взрослении.

Центральный принцип – ценность личностного выбора человека, его самоопределение в значимых жизненных ситуациях. В рамках такой работы психолога, молодой человек учится преодолевать жизненные трудности.

Причины, лежащие в основе суицидального поведения подростков, – одновременно источник их девиантного поведения. Следовательно, программа психолого-педагогического сопровождения развития личности подростка является инвариантной частью целостной профилактической системы, направленной на профилактику всех видов отклоняющегося поведения.

Меры общей профилактики. Смысл этих мер заключается в обеспечении условий, необходимых для удовлетворения значимых для подростков потребностей, обусловленных спецификой их возраста, и блокировании факторов, которые могут оказать негативное воздействие на поведение в кризисной ситуации.

Меры специальной профилактики направлены на предупреждение конкретных видов отклонений, в т. ч. суицида. Они должны обеспечивать возможность выявления подростков, имеющих индикаторы суицидального риска и нуждающихся в особом педагогическом внимании, проведении работы с ними на индивидуальном уровне. Формы такой работы – педагогические беседы с подростками и родителями, психологическое консультирование по разрешению проблем для подростков и их семей, социальная помощь в урегулировании

конфликтных ситуаций как источников суицидального риска, углубленная психологическая диагностика личности подростка.

Суицид многолик. Психотерапевт Ю. Поляков выделяет такой тип суицида как «Демонстрационный тип». Он характеризуется стремлением показать реальность суицидальных намерений, обратить тем самым на себя внимание, вызвать сочувствие. Как правило, такие суицидальные попытки чаще совершаются девочками, довольно открыто и громко.

С другой стороны – девушки пытаются покончить с собой в 4 раза чаще, чем юноши, но выбирают «щадящие» способы, которые реже приводят к смерти. Суициду подвержены девочки-подростки, имеющие межличностные любовные конфликты, которые по тем или иным причинам считают себя виновными в проблемах близких людей, а также девочки, ставшие жертвами насилия.

Профилактика рлдросткового суицида помогает избежать самого страшного – смерти ребенка. Главное, что для этого необходимо – это внимание взрослых к изменениям, происходящим в поведении ребенка.

Предупреждение детских и подростковых самоубийств заключается в создании такого психологического климата, чтобы дети не чувствовали себя в семье одинокими, непризнанными и неполноценными. Требуется чуткость и внимание не только родителей, но и всех тех, кто по роду своей деятельности соприкасается с детьми и подростками. Обязанность любого воспитателя, будь то педагог или родитель, – не допустить у ребенка мысли о том, что выхода из сложной ситуации нет.

Основные психолого-педагогические мероприятия по срочной профилактике суицидальности:

Первый уровень – общая профилактика. Цель – повышение уровня психологического климата и групповой сплоченности. Мероприятия: 1) Создание общих школьных программ психологического здоровья, здоровой среды в школе, так чтобы дети чувствовали заботу, уют, любовь; 2) Организация внеклассной воспитательной работы. 3) Разработка эффективной модели взаимодействия школы и семьи, а также школы и всего сообщества.

Задачи педагога-психолога на данном этапе: 1) Изучение особенностей психолого-педагогического статуса каждого подростка с целью своевременной профилактики и эффективного решения проблем, возникающих в психическом состоянии, общении, развитии и обучении; 2) Создание системы психолого-педагогической поддержки учащихся разных возрастных групп в воспитательно-образовательном процессе так и в период трудной жизненной ситуации (составление программы или плана работы по профилактике суицидального поведения учащихся); 3) Психологическое просвещение среди родителей в первую очередь через выступления на родительских собраниях, лекториях, конференциях, через информирование на школьном сайте; 4) Привлечение различных государственных органов и общественных объединений для оказания помощи и защиты законных прав и интересов ребенка; 5) Формирование позитивного образа Я, уникальности и неповторимости не только собственной личности, но и других людей на различных занятиях по психологии; 6) Привитие существующих в обществе социальных норм поведения, формирование детского милосердия, развитие ценностных отношений в социуме.

Второй уровень – первичная профилактика. Цель - выделение групп суицидального риска; сопровождение детей, подростков и их семей группы риска с целью предупреждения самоубийств. Мероприятия: 1) Диагностика суицидального поведения. Задачи педагога-психолога на данном этапе: а) выявление детей, нуждающихся в незамедлительной помощи и защите; б) работа с семьей ребенка, попавшего в трудную жизненную ситуацию или испытывающего кризисное состояние; в) оказание экстренной первой помощи, обеспечение безопасности ребенка, снятие стрессового состояния. 2) Индивидуальные и групповые занятия по обучению проблемразрешающего поведения, поиска социальной поддержки, ее восприятия и оказания, повышению самооценки, развитию адекватного отношения к собственной личности, эмпатии. Задачи педагога-психолога на данном этапе: а)

сопровождение детей и подростков группы риска по суицидальному поведению с целью предупреждения самоубийств: терапия кризисных состояний, формирование адаптивных копинг-стратегий, способствующих позитивному принятию себя подростками и позволяющих эффективно преодолевать критические ситуации существования; б) работа с семьей ребенка, попавшего в трудную жизненную ситуацию или испытывающего кризисное состояние. 3) Классные часы, круглые столы, стендовая информация. Задачи педагога-психолога на данном этапе: а) изучение теоретических аспектов проблемы с позиции различных наук (философии, физиологии, психологии, социологии, педагогики) и использование информации в работе с педагогами и родителями; а) повышение осведомленности персонала, родителей и учащихся о признаках возможного суицида, факторах риска и путях действия в этой ситуации.

С педагогами проводится психологическое просвещение в вопросах психологического здоровья самих педагогов, а также дезадаптивного поведения детей и подростков, в том числе суицидального, дается информация о мерах профилактики суицида среди детей и подростков. Родителей знакомят с информацией о причинах, факторах, динамике суицидального поведения, даются рекомендации, как заметить надвигающийся суицид, что делать, если у ребенка замечены признаки суицидального поведения.

С детьми о суициде вести беседы необходимо с позиции их помощи товарищу, который оказался в трудной жизненной ситуации. Известно, что подростки в трудной ситуации чаще всего обращаются за помощью и советом к своим друзьям, чем к взрослым. Именно поэтому подростки должны быть осведомлены о том, что суицид это уход, уход от решения проблемы, от наказания и позора, унижения и отчаяния, разочарования и утраты, отвергнутости и потери самоуважения... словом, от всего того, что составляет многообразие жизни, пусть и не в самых радужных ее проявлениях. Прежде чем оказать помощь другу, который собирается совершить суицид, важно располагать основной информацией о суициде и о суицидентах.

Особенно важно быть в курсе дезинформации о суициде, которая распространяется гораздо быстрее, чем информация достоверная. Дети должны получить достоверную информацию о суициде, которую необходимо знать для оказания эффективной помощи оказавшемуся в беде другу или знакомому. 4) Разработка плана действий в случае самоубийства, в котором должны быть процедуры действия при выявлении учащегося группы риска, действия при угрозе самоубийства и после самоубийства. Задачи педагога-психолога на данном этапе: а) включение созданной системы психолого-педагогической поддержки учащихся разных возрастных групп в воспитательно-образовательном процессе (составленной программы или плана работы по профилактике суицидального поведения учащихся) в общий план действий; б) определение своей позиции и перечня конкретных действий при выявлении учащегося группы риска, при угрозе учащегося закончить жизнь самоубийством, и после самоубийства.

Третий уровень – вторичная профилактика. Цель - Предотвращение самоубийства. Мероприятия: 1) Оценка риска самоубийства. Оценка риска самоубийства происходит по схеме: крайняя (учащийся имеет средство совершения самоубийства, выработан четкий план), серьезная (есть план, но нет орудия осуществления) и умеренная (вербализация намерения, но нет плана и орудий). Задачи педагога-психолога на данном этапе: а) педагог-психолог может взять на себя роль того, кто мог бы отговорить самоубийцу от последнего шага или выступить в роли консультанта того, кто решился вступить в контакт с учащимся, который грозит покончить жизнь самоубийством, отговорить самоубийцу от последнего шага. 2) Оповещение соответствующего учреждения психического здоровья (психиатрическая клиника), запрос помощи. Оповещение родителей. 3) Разбор случая со школьным персоналом, который был включен в работу, так чтобы он мог выразить свои чувства, переживания, внести предложения относительно стратегий и плана работы.

Четвертый уровень – третичная профилактика. Цель - Снижение последствий и уменьшение вероятности дальнейших случаев, социальная и психологическая реабилитация

суицидентов. Мероприятия: 1) Оповещение, возможность проконсультироваться с психологом, внимание к эмоциональному климату в школе и его изменению. Задачи педагога-психолога на данном этапе: Оказание экстренной первой помощи, снятие стрессового состояния у очевидцев происшествия (дети, подростки, персонал школы). 2) Глубинная психотерапевтическая коррекция, обеспечивающая профилактику образования конфликтно-стрессовых переживаний в дальнейшем.

Программа предупреждения суицидов юношей. Целью данной программы является первичная профилактика суицидального поведения среди юношей.

Задачи программы:

- изучение теоретических аспектов проблемы и использование информации в работе с педагогами и родителями;
- выявление юношей, нуждающихся в незамедлительной помощи и защите и оказание экстренной первой помощи, обеспечение безопасности, снятие стрессового состояния;
- изучение особенностей психолого-педагогического статуса каждого учащегося с целью своевременной профилактики и эффективного решения проблем, возникающих в психическом состоянии, общении, развитии и обучении;
- терапия суицидента через подъем ценности его личности, создание атмосферы высокой духовности, уважения к личности путем реализации системы профилактических средств;
- создание системы психолого-педагогической поддержки учащихся в воспитательно-образовательном процессе учебного заведения так и в период трудной жизненной ситуации;
- формирование позитивного образа «Я», уникальности и неповторимости не только собственной личности, но и других людей.

Принципы реализации программы:

- 1) Принцип ценности личности, заключающийся в самоценности учащегося;
- 2) Принцип уникальности личности, состоящий в признании индивидуальности учащегося;
- 3) Принцип приоритета личностного развития, когда обучение выступает не как самоцель, а как средство развития личности каждого учащегося;
- 4) Принцип эмоционально-ценностных ориентаций учебно-воспитательного процесса.

Этапы работы по программе:

1 этап – организационный. Цель – повышение групповой сплоченности в учебном коллективе. Задачи: а) изучение семей юношей; б) изучение нормативно-правовой базы и психолого-педагогической литературы по данной тематике; в) изучение причин, способствующих проявлению суицидального поведения. Мероприятия: 1) Разработка эффективной модели взаимодействия образовательного учреждения и семьи.

2 этап – практический. Цель – создание в образовательном учреждении благоприятного социально-психологического климата, способствующего укреплению психического и психологического здоровья учащихся. Задачи: а) совершенствование организации профилактических мероприятий по предупреждению суицидов; б) вовлечение родителей в социально полезную деятельность; в) активное привлечение родителей во внеклассную воспитательную работу; г) работа с семьей учащегося, попавшего в трудную жизненную ситуацию или испытывающего кризисное состояние. Мероприятия: 1) Организация внеклассной воспитательной работы: часы психолога, круглые столы, индивидуальные и групповые занятия, консультации, родительские собрания, лектории для родителей и педагогов по данной теме.

3 этап – обобщающий. Цель – обобщение и распространение опыта работы по данной проблеме. Задачи: а) повышение осведомленности персонала и родителей о признаках возможного суицида, факторах риска и путях действия в этой ситуации; б) изучение теоретических аспектов проблемы с позиции различных наук (философии, физиологии, психологии, социологии, педагогики) и использование информации в работе с педагогами и родителями. Мероприятия: 1) Анализ и обобщение опыта работы по данному направлению.

Программа состоит из диагностического блока, двух основных образовательных блоков «Я и мой мир», «Я и этот мир», дополнительного раздела досуговых мероприятий и блока работы с родителями и педагогическим коллективом.

Данный курс утверждает ценности человека, здоровья, семьи, окружающего мира. Он направлен на воспитание ответственности за свое здоровье, за поступки, последствия которых имеют значение для окружающих людей, а также на формирование нравственных, волевых, деловых, коммуникативных качеств личности.

Первый блок программы помогает в познании юношей самого себя, осмыслении сильных и слабых сторон своей личности, принятии себя как ценности и самовоспитании. Содержание второго блока определяет общая мотивация юноши, которая во многом характеризуется общением. В процессе общения возникают конфликты, происходит переоценка ценностей, удовлетворяется потребность в признании и формируется стремление к самоутверждению. Вместе с осознанием своей уникальности, неповторимости часто испытывают чувство одиночества. С одной стороны, растет потребность в общении, с другой – повышается ее избирательность. Педагог может помочь учащимся в стремлении осмыслить свои права и обязанности, оценить свое прошлое, обдумать свое настоящее, утвердить и понять самого себя. Задача взрослого – помочь ему в выстраивании эффективного общения с другими людьми.

Работа по программе профилактики суицидального поведения требует долгосрочных усилий. Единичные мероприятия менее эффективны, чем систематические. Отдельный тематический день не несет в себе особого смысла, если он не включен в контекст более продолжительной работы. Поэтому преподавание данного курса должно быть достаточно протяженным во времени и вестись в каждой учебной группе. Многие вопросы эмоционально заряжены или касаются лично значимых ценностей, поэтому на их осознание и переработку необходимо время. Кроме того, юноши находятся на разных стадиях своего личностного развития, и поэтому некоторым из них требуется более продолжительное время для осмысления полученных знаний и изменения своего поведения.

Условием успешности реализации программы является ее системный характер, качество проведения и разнообразие применяемых методов работы.

2. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (УКАЗАНИЯ) К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ

Основная цель проведения практического занятия заключается в закреплении знаний, полученных в ходе прослушивания лекционного материала.

Практические занятия проводятся в форме заслушивания докладов и обсуждения материала. Обсуждение направлено на лучшее усвоение изученного материала, освоение научных основ, эффективных методов и приемов решения конкретных практических задач, на развитие способностей к творческому использованию получаемых знаний и навыков.

Практическое занятие по данной дисциплине проводится также в форме устного опроса студентов по плану практических занятий, предполагающего проверку знаний усвоенного лекционного материала.

В ходе подготовки к практическому занятию студенту следует просмотреть материалы лекции, а затем начать изучение учебной литературы. Следует знать, что освещение того или иного вопроса в литературе часто является неполным, ориентированным в большей степени на одни разделы дисциплины, и в меньшей – на другие. Поэтому не следует ограничиваться одним учебником, научной статьей или монографией, а рассмотреть как можно больше материала по интересующей теме, представленного в системе ЭБС.

Студенту рекомендуется следующая схема подготовки к практическому занятию:

1. Проработать конспект лекций;
2. Прочитать основную и дополнительную литературу, рекомендованную по изучаемому разделу;
3. Ответить на вопросы плана практического занятия;
4. Выполнить домашнее задание;
5. При затруднениях сформулировать вопросы к преподавателю.

При подготовке к практическим занятиям следует руководствоваться указаниями и рекомендациями преподавателя, использовать основную литературу из представленного им списка. Для наиболее глубокого освоения дисциплины рекомендуется изучать литературу, обозначенную как «дополнительная» в представленном в рабочей программе дисциплины списке.

При подготовке доклада на практическое занятие желательно заранее обсудить с преподавателем перечень используемой литературы, за день до практического занятия предупредить о необходимых для предоставления материала технических средствах, напечатанный текст доклада предоставить преподавателю.

Если при изучении отдельных вопросов возникнут трудности, студент может обратиться к преподавателю за консультацией (устной или письменной).

Таким образом, значительную роль в изучении предмета выполняют практические занятия, которые призваны, прежде всего, закреплять теоретические знания, полученные в ходе прослушивания и запоминания лекционного материала, ознакомления с учебной и научной литературой, а также выполнения самостоятельных заданий. Тем самым практические занятия способствуют получению наиболее качественных знаний, помогают приобрести навыки самостоятельной работы.

Практические занятия

Тема 1. Понятие и структура базальной эмоциональной регуляции в норме и патологии.

1. Понятие базальной структуры эмоциональной регуляции.
2. Морфологический субстрат эмоциональной регуляции.
3. Функции эмоциональной системы.
4. Аfferентное и эfferентное звенья эмоциональной системы.
5. Роль когнитивной и эмоциональной систем в обеспечении ориентировки в окружающем мире.
6. Патология эмоций и первичные нарушения нейродинамики. Явления гипо- и гипердинамии.

7. Уровни базальной системы эмоциональной регуляции.

Тема 2. Формирование эмоциональной регуляции в онтогенезе.

1. Врожденные предпосылки становления системы эмоциональной регуляции.
2. Порядок включения уровней аффективной организации в раннем онтогенезе.
3. Развитие эмоциональной сферы ребенка в первый год жизни. Первый кризис эмоционального развития ребенка.
4. Эмоциональные реакции кризиса 3 лет.
5. Развитие эмоциональной сферы дошкольника. Кризис 7 лет.
6. Эмоциональная сфера младшего школьника.
7. Эмоциональная нестабильность подростков: причины и способы совладания.
8. Эмоциональная регуляция в юношеском возрасте.

Тема 3. Уровневый подход к патологии эмоциональной системы.

1. Понятие патологии эмоциональной сферы.
2. Функциональные расстройства эмоциональной регуляции. Явления гиперфункции отдельных уровней
3. Функциональные расстройства эмоциональной регуляции. Явления гипофункции отдельных уровней.
4. Повреждение механизмов эмоциональной регуляции.

Тема 4. Коррекция эмоциональных нарушений: общие понятия.

1. Понятие и базовые принципы коррекции эмоциональных нарушений.
2. Направления психологической коррекции аффективной дезадаптации.
3. Психотерапевтические приемы, обеспечивающие направленное изменение аффективного состояния человека.
4. Уровневый подход к коррекции эмоциональных нарушений.
5. Основные этапы коррекции.
6. Роль эмоционального контакта подростка (юноши) и взрослого в процессе психокоррекции.

Тема 5. Коррекция агрессивного поведения детей, подростков и юношей

1. Понятие агрессии и агрессивности.
2. Причины агрессивного поведения детей, подростков и юношей.
3. Типология агрессии и агрессивного поведения.
4. Самоагрессия.
5. Девиантное и делинквентное поведение подростков и юношей как результат общей эмоциональной нестабильности.
6. Общие принципы коррекции агрессии и агрессивного поведения.
7. Основные направления коррекции агрессии.

Тема 6. Коррекция страхов и тревоги в детском, подростковом и юношеском возрасте.

1. Понятие страха. Страх и тревожность.
2. Роль страхов в общем развитии эмоциональной сферы ребенка, подростка и юноши.
3. Причины развития страхов на различных этапах онтогенеза.
4. Универсальные и возрастно-специфичные страхи.
5. Типологии страхов.
6. Методы диагностики страхов.
7. Основные направления психокоррекции страхов в детском, подростковом и юношеском возрасте.

8. Использование изобразительных техник, ролевой игры, литературных произведений в работе со страхами.

Тема 7. Психологическая работа с чувством одиночества и депрессивными расстройствами подростков и юношей.

1. Перестройка системы межличностных отношений в подростковом возрасте: обособление от родителей и усиление контакта со сверстниками.

2. Понятие одиночества. Субъективное и объективное одиночество. Чувство одиночества.

3. Причины развития чувства одиночества. Профилактика чувства одиночества.

4. Роль одиночества в формировании идентичности личности.

5. Понятие депрессии и субдепрессивных расстройств.

6. Причины возникновения депрессии в подростковом и юношеском возрасте.

7. Профилактика и преодоление депрессивных расстройств.

8. Использование элементов арт-терапии, песочной терапии, сказкотерапии в работе с чувством одиночества и депрессивными расстройствами подростков и юношей.

Тема 8. Коррекционная работа с диссоциативным (конверсионным) расстройством.

1. Понятие диссоциативного (конверсионного) расстройства.

2. Причины развития диссоциативных расстройств у детей, подростков и юношей.

3. Первичная и вторичная выгоды, получаемые подростком (юношей) при развитии диссоциативного расстройства.

4. Симптоматика и формы проявления диссоциативных расстройств.

5. Предупреждение и коррекция диссоциативных расстройств в подростковом и юношеском возрасте.

Тема 9. Подростковый и юношеский суицид: понятие, причины, профилактика.

1. Понятие суицида. Теории суицидального поведения.

2. Суицид как следствие переживания «невозможности жизни». Факторы суицидального риска в подростковом и юношеском возрасте.

3. Психологические характеристики суицида.

4. Проблема прогнозирования суицидов и диагностики склонности к суициду.

5. Специфика разрешения кризисной ситуации при работе с суицидальными клиентами подросткового и юношеского возраста.

Тема 10. Разработка и реализация программ профилактики и коррекции агрессивного поведения детей, подростков и юношей.

1. Программа профилактики и коррекции генерализованной агрессии.

2. Программа профилактики и коррекции агрессии по отношению к сверстникам и младшим детям.

3. Программа профилактики и коррекции агрессии по отношению ко взрослым.

4. Программа профилактики и коррекции самоагрессии.

Разработка программ осуществляется в микрогруппах. Затем проводится публичная защита.

Тема 11. Разработка и реализация программ профилактики и коррекции страхов и тревоги детей, подростков и юношей.

1. Программа профилактики и коррекции сверхвыраженной личностной тревожности.

2. Программа профилактики и коррекции сверхвыраженной ситуативной тревожности (на примере конкретной ситуации).

3. Программа профилактики и коррекции социальных страхов.

4. Программа профилактики и коррекции моральных страхов.

5. Программа профилактики и коррекции витальных страхов.

Разработка программ осуществляется в микрогруппах. Затем проводится публичная защита.

Тема 12. Разработка и реализация программ профилактики и коррекции чувства одиночества и депрессии у подростков и юношей.

1. Программа профилактики и коррекции дезадаптивного чувства одиночества.

2. Программа профилактики и коррекции объективного одиночества.

3. Программа профилактики и коррекции субдепрессивных расстройств в подростковом и юношеском возрасте

4. Программа профилактики и коррекции депрессивных расстройств в подростковом и юношеском возрасте

Разработка программ осуществляется в микрогруппах. Затем проводится публичная защита.

Тема 13. Разработка и реализация программ профилактики и коррекции диссоциативных (конверсионных) расстройств у детей, подростков и юношей.

1. Программа профилактики и коррекции диссоциативных расстройств в подростковом возрасте

2. Программа профилактики и коррекции диссоциативных расстройств в юношеском возрасте

3. Разработка программ осуществляется в микрогруппах. Затем проводится публичная защита.

Тема 14. Разработка и реализация программ предупреждения суицида в подростковом и юношеском возрасте.

1. Программа предупреждения суицидов девочек-подростков (с учетом демонстративных суицидов).

2. Программа предупреждения суицидов мальчиков-подростков.

3. Программа предупреждения суицидов юношей.

4. Программа предупреждения суицидов девушек.

5. Разработка программ осуществляется в микрогруппах. Затем проводится публичная защита.

3. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

Для работы со студентами рекомендуют к применению следующие формы самостоятельной работы.

Работа с литературой

Важной составляющей самостоятельной внеаудиторной подготовки является работа с литературой по всем формам занятий: семинарским, практическим, при подготовке к зачетам, экзаменам, тестированию, участию в научных конференциях.

Один из методов работы с литературой – повторение: прочитанный текст можно заучить наизусть. Простое повторение воздействует на память механически и поверхностно. Полученные таким путем сведения легко забываются.

Более эффективный метод – метод кодирования: прочитанный текст нужно подвергнуть большей, чем простое заучивание, обработке. Чтобы основательно обработать информацию и закодировать ее для хранения, важно провести целый ряд мыслительных операций: прокомментировать новые данные; оценить их значение; поставить вопросы; сопоставить полученные сведения с ранее известными. Для улучшения обработки информации очень важно устанавливать осмысленные связи, структурировать новые сведения. При изучении дисциплины важным вариантом кодирования информации является составление схем и таблиц. В этом случае помимо вербальной (словесной), задействуется моторная память, что способствует более полному усвоению материала.

Изучение научной учебной и иной литературы требует ведения рабочих записей. Форма записей может быть весьма разнообразной: простой или развернутый план, тезисы, цитаты, конспект.

План – структура письменной работы, определяющая последовательность изложения материала. Он является наиболее краткой и потому самой доступной и распространенной формой записей содержания исходного источника информации. По существу, это перечень основных вопросов, рассматриваемых в источнике. План может быть простым и развернутым. Их отличие состоит в степени детализации содержания и, соответственно, в объеме.

Выписки представляют собой небольшие фрагменты текста (неполные и полные предложения, отделы абзацы, а также дословные и близкие к дословным записи об излагаемых в нем фактах), содержащие в себе основную идею (идеи) прочитанного текста. Выписки представляют собой более сложную форму записи содержания исходного источника информации. По сути, выписки – не что иное, как цитаты, заимствованные из текста. Выписки позволяют в концентрированной форме и с максимальной точностью воспроизвести наиболее важные мысли автора, статистические и фактологические сведения.

Тезисы – сжатое изложение содержания изученного материала в утвердительной (реже опровергающей) форме. Отличие тезисов от обычных выписок состоит в том, что тезисам присуща значительно более высокая степень концентрации материала. В тезисах отмечается преобладание выводов над общими рассуждениями. Записываются они близко к оригинальному тексту, т.е. без использования прямого цитирования.

Аннотация – краткое изложение основного содержания исходного источника информации, дающее о нем обобщенное представление. К написанию аннотаций прибегают в тех случаях, когда подлинная ценность и пригодность исходного источника информации исполнителю письменной работы окончательно неясна, но в то же время о нем необходимо оставить краткую запись с обобщающей характеристикой.

Резюме – краткая оценка изученного содержания исходного источника информации, полученная, прежде всего, на основе содержащихся в нем выводов. Резюме весьма сходно по своей сути с аннотацией. Однако, в отличие от последней, текст резюме концентрирует в себе данные не из основного содержания исходного источника информации, а из его заключительной части, прежде всего выводов. Но, как и в случае с аннотацией, резюме

излагается своими словами – выдержки из оригинального текста в нем практически не встречаются.

Конспект представляет собой сложную запись содержания исходного текста, включающая в себя заимствования (цитаты) наиболее примечательных мест в сочетании с планом источника, а также сжатый анализ записанного материала и выводы по нему.

При выполнении конспекта требуется внимательно прочитать текст, уточнить в справочной литературе непонятные слова и вынести справочные данные на поля конспекта. Нужно выделить главное, составить план. Затем следует кратко сформулировать основные положения текста, отметить аргументацию автора. Записи материала следует проводить, четко следуя пунктам плана и выражая мысль своими словами. Цитаты должны быть записаны грамотно, учитывать лаконичность, значимость мысли.

В тексте конспекта желательно приводить не только тезисные положения, но и их доказательства. При оформлении конспекта необходимо стремиться к емкости каждого предложения. Мысли автора книги следует излагать кратко, заботясь о стиле и выразительности написанного. Число дополнительных элементов конспекта должно быть логически обоснованным, записи должны распределяться в определенной последовательности, отвечающей логической структуре произведения. Для уточнения и дополнения необходимо оставлять поля. Необходимо указывать библиографическое описание конспектируемого источника.

Самостоятельная работа студентов является обязательной для каждого студента, а её объём определяется учебным планом. Формы самостоятельной работы студентов определяются содержанием учебной дисциплины, степенью подготовленности студентов.

Самостоятельная работа – одна из важнейших форм овладения знаниями. Самостоятельная работа включает многие виды активной умственной деятельности студента: слушание лекций и осмысленное их конспектирование, глубокое изучение источников и литературы, консультации у преподавателя, подготовка к практическим занятиям, экзаменам, самоконтроль приобретаемых знаний и т.д.

Изучение дисциплины следует начинать с проработки рабочей программы, особое внимание уделяя целям и задачам, структуре и содержанию курса.

Тематика заданий для самостоятельной работы включает в себя задания для самостоятельной работы.

Задания для самостоятельной работы:

1. Подготовка материала по теме «Понятие и структура базальной эмоциональной регуляции в норме и патологии»:

1) Выполнение заданий, полученных в ходе лекции;

2) Повторение лекционного материала, поиск дополнительной информации, подготовка конспекта.

2. Подготовка материала по теме «Формирование эмоциональной регуляции в онтогенезе»:

1) Выполнение заданий, полученных в ходе лекции;

2) Повторение лекционного материала, поиск дополнительной информации, подготовка конспекта;

3) Составление таблицы (схемы), отражающей этапы формирования эмоциональной регуляции в детском, подростковом и юношеском возрасте.

3. Подготовка материала по теме «Уровневый подход к патологии эмоциональной системы»:

1) Выполнение заданий, полученных в ходе лекции;

2) Повторение лекционного материала, поиск дополнительной информации, подготовка конспекта.

4. Подготовка материала по теме «Коррекция эмоциональных нарушений: общие понятия»:

1) Выполнение заданий, полученных в ходе лекции;

- 2) Повторение лекционного материала, поиск дополнительной информации, подготовка конспекта.
5. Подготовка материала по теме «Коррекция агрессивного поведения детей, подростков и юношей»:
- 1) Выполнение заданий, полученных в ходе лекции;
 - 2) Повторение лекционного материала, поиск дополнительной информации, подготовка конспекта;
 - 3) Письменная работа «Семейные ресурсы преодоления агрессии подростка (юноши)».
6. Подготовка материала по теме «Коррекция страхов и тревоги в детском, подростковом и юношеском возрасте»:
- 1) Выполнение заданий, полученных в ходе лекции;
 - 2) Повторение лекционного материала, поиск дополнительной информации, подготовка конспекта.
7. Подготовка материала по теме «Психологическая работа с чувством одиночества и депрессивными расстройствами подростков и юношей»:
- 1) Выполнение заданий, полученных в ходе лекции;
 - 2) Повторение лекционного материала, поиск дополнительной информации, подготовка конспекта.
8. Подготовка материала по теме «Коррекционная работа с диссоциативным (конверсионным) расстройством»:
- 1) Выполнение заданий, полученных в ходе лекции;
 - 2) Повторение лекционного материала, поиск дополнительной информации, подготовка конспекта.
9. Подготовка материала по теме «Подростковый и юношеский суицид: понятие, причины, профилактика»:
- 1) Выполнение заданий, полученных в ходе лекции;
 - 2) Повторение лекционного материала, поиск дополнительной информации, подготовка конспекта.
10. Подготовка материала по теме «Разработка и реализация программ профилактики и коррекции агрессивного поведения детей, подростков и юношей»:
- 1) Повторение лекционного материала, поиск дополнительной информации, подготовка конспекта;
 - 2) Ознакомление с различными коррекционными и профилактическими программами по теме занятия.
11. Подготовка материала по теме «Разработка и реализация программ профилактики и коррекции страхов и тревоги детей, подростков и юношей»:
- 1) Выполнение заданий, полученных в ходе лекции;
 - 2) Повторение лекционного материала, поиск дополнительной информации, подготовка конспекта.
12. Подготовка материала по теме «Разработка и реализация программ профилактики и коррекции чувства одиночества и депрессии у подростков и юношей»:
- 1) Выполнение заданий, полученных в ходе лекции;
 - 2) Повторение лекционного материала, поиск дополнительной информации, подготовка конспекта.
13. Подготовка материала по теме «Разработка и реализация программ профилактики и коррекции диссоциативных (конверсионных) расстройств у детей, подростков и юношей»:
- 1) Выполнение заданий, полученных в ходе лекции;
 - 2) Повторение лекционного материала, поиск дополнительной информации, подготовка конспекта.
14. Подготовка материала по теме «Разработка и реализация программ предупреждения суицида в подростковом и юношеском возрасте»:
- 1) Выполнение заданий, полученных в ходе лекции;

2) Повторение лекционного материала, поиск дополнительной информации, подготовка конспекта.