

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования
КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ им. В.П. Астафьева (КГПУ им. В.П. Астафьева)

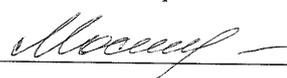
Факультет Начальных классов
Выпускающая кафедра Педагогики и психологии начального образования

Бородин Максим Юрьевич
ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА
**ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕЖИВАНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ В
МЛАДШЕМ ШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ**

Направление подготовки 44.03.02 Психолого-педагогическое образование
Направленность (профиль) образовательной программы Психология и педагогика
начального образования

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ

Зав. кафедрой
канд. психол. наук, доцент ВАК, доцент кафедры
педагогики и психологии начального образования
Мосина Н.А.



(дата, подпись)

Руководитель
канд. психол. наук, доцент ВАК, доцент кафедры
педагогики и психологии начального образования
Гордиенко Е.В.



(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

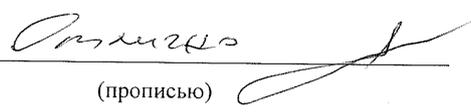
Дата защиты 26.06.2019

Обучающийся Бородин М.Ю.



(фамилия, инициалы) (дата, подпись)

Оценка



(прописью)

Красноярск, 2019

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
Глава 1. Теоретические основы изучения проявления психической травмы в младшем школьном возрасте.....	6
1.1. Психологические особенности младшего школьного возраста.....	6
1.2. Определение психической травмы в психологической науке	14
1.3. Особенности проявления психической травмы в младшем школьном возрасте.....	23
1.4. Психолого-педагогические приемы работы, направленные на профилактику психической травмы.....	32
Выводы по Главе 1	38
Глава 2. Состояние проблемы проявления психической травмы в младшем школьном возрасте	40
2.1. Методическая организация исследования.....	40
2.2. Результаты эксперимента и их обсуждение.....	45
2.3. Разработка программы по коррекции психологического баланса ребенка, переживающего психотравму.....	58
Выводы по главе 2.....	64
Заключение.....	66
Список используемых источников.....	69
Приложение.....	76

Введение

Актуальность исследования. В современном мире у младшего школьника появилось гораздо больше давления оказываемого из окружающей среды. В нашей повседневной жизни мы редко замечаем, что определенные внешние проявления ребенка сигнализируют нам о том, что тот или иной этап его жизни нанес серьезный отпечаток на его душевное состояние. Наше окружение часто влечет за собой возникновение стрессов, ухудшение психического здоровья, а затем и возникновение различных психических расстройств и болезней.

З. Фрейд в работе «Исследование истерии» писал: «Травматическое воздействие может оказать любое событие, которое вызывает чувство ужаса, страха, стыда, душевной боли; и, разумеется, от восприимчивости пострадавшего зависит вероятность того, что это происшествие приобретет характер травмы». К сожалению, в данный период времени ни у кого нет гарантии в том, что психика современных детей будет достаточно устойчива, чтобы справиться с нарастающим давлением и требованиями общества. И хотя не так уж просто оценить распространенность проблем с психическим и соматическим здоровьем в разных странах, по общему мнению, от 10 до 20% детей страдает из-за одной или нескольких поведенческих или эмоциональных проблем. Общеизвестно, что решающий вклад в психологическую адаптацию ребенка вносят именно детско-родительские отношения. Поэтому особую актуальность данная проблема приобретает в первую очередь для института семьи, в котором формируется и развивается личность. Поскольку именно семья обладает главным авторитетом для ребенка в его младшем возрасте, то при правильном подходе можно избежать многочисленных психических расстройств, неврозов и психосоматических заболеваний. Также эта проблема не обойдет стороной и образовательные учреждения, в которых педагоги, психологи и другие специалисты могут столкнуться с подобным явлением.

Цель исследования — исследовать особенности переживания психической травмы в младшем школьном возрасте.

Объект исследования — психическая травма.

Предмет исследования — особенности переживания психической травмы ребенком младшего школьного возраста.

Гипотеза исследования заключается в положении о том, что психическая травма представляет собой глубокие и мучительные переживания человека, связанные с травматическими событиями его жизни, накопления возбуждения, с которыми он не в состоянии справиться или которые частично преодолеваются посредством бессознательных механизмов защиты, ведущих к образованию невротических симптомов. Мы предполагаем, что в младшем школьном возрасте психическая травма проявляется в психосоматических симптомах, нарушениях сна, повышенном уровне тревожности, демонстрации девиантного поведения.

Задачи исследования:

1. Проанализировав литературу, дать определение психической травме, описать её разновидности.
2. Проследить связь психической травмы с психическим здоровьем ребенка младшего школьного возраста в теоретической литературе.
3. Выделить критерии психотравмы и подобрать диагностический инструментарий.
4. Проанализировать полученные результаты эксперимента.
5. Предложить методические рекомендации по работе с психотравмой в младшем школьном возрасте.

База исследования: Констатирующий эксперимент проводился на базе МАОУ Гимназии №5. В нем принимал участие ученик Е.Б. 4 класса «А» в возрасте 9 лет. Период проведения констатирующего эксперимента: 28.08.18г.-21.10.18г.

Методы исследования: теоретический анализ научной литературы; тестирование; проективный метод; контент-анализ.

Структура ВКР состоит из введения, двух глав, выводов по главам, заключения, списка используемой литературы, приложения.

Глава 1. Теоретические основы изучения проявления психической травмы в младшем школьном возрасте

1.1. Психологические особенности младшего школьного возраста

Среднее детство — это период жизни детей от 6 до 12 лет, значительный период, когда они усваивают и совершенствуют различные навыки: от обязательной грамоты (чтения и арифметики) до второстепенной досуговой деятельности. Это время проверки ребенком своих сил, решения сложных задач, возникающих как результат вызова самому себе, как следствие взаимодействия с окружающей средой. Те, кому удается справиться с этими задачами, становятся более умелыми и уверенными в себе; у тех, чьи попытки заканчиваются неудачей, возможно развитие чувства неполноценности или более слабого чувства Я. Э. Эриксон, стремясь передать дух этого этапа жизни, назвал детство периодом созидания [73].

В зарубежной психологической науке данный период был описан в трех научных подходах.

Первый подход — психоаналитический. З. Фрейд определил среднее детство как латентную стадию. Он считал, что для большинства детей возраст от 6 до 12 лет — время, когда их ревность и зависть (а также сексуальные импульсы) отходят на задний план. Поэтому большинство детей могут сублимировать либидо на отношения со сверстниками, творчество и выполнение предписанных культурой обязанностей в школе или обществе. Однако, З. Фрейд говорил о латентном периоде гораздо меньше, чем о первых 6 или 7 годах жизни. Именно поэтому Э. Эриксон решил развить идеи З. Фрейда и выработать общую теорию. Отметим, что Э. Эриксон основной акцент ставил на психосоциальных факторах развития личности. Психолог был убежден, что перед ребенком на данном возрастном этапе стоит очередной важный психосоциальный конфликт — трудолюбие против чувства неполноценности. В среднем детстве, благодаря школе и другим формам обучения, значительная часть времени и энергии детей направляется

на приобретение новых знаний и навыков. По мнению Э. Эриксона, это тот период, в который у ребенка происходит обострение интереса к устройству вещей, он стремится к их освоению. Когда у детей формируют желание мастерить что-нибудь, когда им разрешают довести начатое дело до конца, хвалят и награждают за результаты, тогда у ребенка вырабатываются навыки и происходит развитие способности к техническому творчеству. Напротив, родители, которые ничего не видят в трудовой деятельности, кроме как «баловства» и «пачкотни», тем самым способствуя развитию у ребенка чувства неполноценности [73]. Это чувство неполноценности может продолжать оказывать отрицательное воздействие на личность человека на протяжении всей жизни, если позже оно не компенсируется продолжительным успехом в других видах деятельности, являющихся ценными в его собственных глазах и в глазах окружающих, таких как спорт, музыка или искусство.

Второй теоретический подход — когнитивная теория развития — находит все большее применение для объяснения развития личности и социального развития. Например, Ж. Пиаже и Л. Кольберг большое внимание уделили развитию у детей представлений о своей личности и о морали — о том, что хорошо и что плохо, правильно и неправильно, справедливо и несправедливо. Другие исследователи рассматривали более широкий спектр вопросов, изучая Я-концепцию детей в качестве детерминанты их поведения.

Наконец, третий подход — теория социального научения (А. Бандура и др.) — описал, как происходит научение конкретным формам поведения в семье и в группе сверстников. В течение среднего детства сверстники все больше и больше выступают в роли моделей поведения, оценивают то или иное поведение, что оказывает сильнейшее влияние на развитие личности.

Данные теории помогают понять, как дети в период среднего детства проходят процессы социального и культурного развития. Способы взаимодействия ребенка со сверстниками, взрослыми и членами семьи

меняются. Ни одна из трех упомянутых теорий не в состоянии полностью объяснить все линии социального развития ребенка в среднем детстве, но все вместе они помогают нам увидеть более полную картину.

Отечественная психология (Д.Б. Эльконин, В.С. Мухина и др.) так же отмечает важность данного возрастного этапа. Во-первых, изменения происходят в социальной сфере, изменяется его социальный статус. Ребенок становится школьником, что приводит к перестройке всей системы жизненных отношений. Появляются обязанности, ранее не беспокоившие его, которые теперь определяются взрослыми и окружающими его сверстниками. Если ранее этап взросления ребенка характеризовался преимущественно игровой деятельностью, то теперь важным в его жизни становится целенаправленная познавательная деятельность, в процессе которой он получает и перерабатывает огромные объемы информации [72].

Во-вторых, существенные изменения затрагивают психическую сферу ребенка. Если для начальных стадий рассматриваемого возрастного периода характерно доминирование наглядно-образного мышления, то в дальнейшем у ребенка формируется преобладание словесно-логического мышления. Подобные изменения возможны при выполнении ведущей деятельности младшего школьного возраста — учебной деятельности.

Говоря о младшем школьном возрасте, стоит уделить внимание эмоциональной сфере ребенка.

По мнению Д.Б. Эльконина, при переходе ребенка от дошкольного к младшему школьному возрасту происходит постепенная утрата непосредственности в социальных отношениях, появляется обобщение его переживаний, связанных с оценкой окружающих, развивается самоконтроль [72]. Новая социальная ситуация, созданная школьной средой, указывает ему на строго нормированный мир отношений, в котором важна организованная произвольность, ответственность за дисциплину, за развитие исполнительских действий, связанных с обретением навыков учебной деятельности.

Как считал С.Л. Рубинштейн, в школьном возрасте у детей обычно наблюдается значительное снижение эмоциональной возбудимости. Благодаря этому дети 9-11 лет часто кажутся довольно уравновешенными в своем поведении и в этом отношении порой более похожими на взрослых, чем даже подростки, выглядящие часто более возбудимыми [51].

Г.С. Абрамова пишет, что до середины детства ребенок связан тесными эмоциональными связями с родителями (или людьми, их заменяющими), он погружен в эти чувства и еще не умеет их анализировать. Вскользь сказанное оценочное замечание чужого человека в середине детства оказывает сильное эмоциональное воздействие на ребенка [1].

По мнению В.С. Мухиной, школа стандартизирует условия жизни ребенка, в результате выявляется множество отклонений в его поведении: гиперактивность, гипертормозимость, выраженная заторможенность и пр. Что является фундаментом для детских страхов, снижают волевою активность ребенка, вызывают у него угнетенные состояния и т. д. [37].

Свобода дошкольного детства сменяется отношениями зависимости и подчинения новым правилам жизни. Ужесточение требований к ребенку учит его ответственности. Необходимое воздержание от ситуативных импульсивных желаний и обязательная самоорганизация создают изначально у ребенка чувство одиночества и отчужденности. Ему теперь нужно самому строить свою жизнь и нести за нее ответственность. Нельзя не учитывать, что иногда эмоциональный стресс у детей провоцируют педагоги, сами того не желая и не осознавая. Они требуют от своих учеников такого поведения и уровня успеваемости, которые для некоторых детей являются непосильными [37].

С поступлением в школу социальное пространство расширяет свои границы: ребенок постоянно общается с учителем и одноклассниками по новым законам и правилам. В младшем школьном возрасте ребенку приходится преодолевать многие трудности в общении, и прежде всего — с учителем и со сверстниками.

Младший школьник находится в большой эмоциональной зависимости от учителя. Так называемый эмоциональный голод — потребность в положительных эмоциях значимого взрослого (а учитель — именно такой взрослый) — во многом определяет поведение ребенка [37]. В процессе приобретения новых знаний, чтения литературных произведений, наблюдения явлений природы, ребенок ориентируется при этом на эмоциональное отношение учителя к тому, что разбирается на уроке, усваивает не только информацию, но и ее оценку взрослым. Он учится эмоционально-ценностному отношению к окружающему миру. Вместе с тем, не чувствуя эмоциональной близости со своим учителем, ребенок бессознательно стремится компенсировать потребность в положительных эмоциях. Как только, по мнению ученика, возникает возможность обратиться к своему соседу по парте или еще к кому-нибудь, он тут же начинает общение по любому поводу. Не поощряемое взрослыми напряжение воли быстро утомляет и истощает школьника, и он бессознательно стремится снять негативное напряжение. Рассудочное и аффективное отношение к правилам, нравственным нормам развивается у ребенка через эмоционально-оценочное отношение к нему взрослого. Именно взрослый своим аффективным отношением к нему в данный момент санкционирует определенный тип эмоционального поведения [37]. Новые грани чувств ребенка младшего школьного возраста развиваются прежде всего внутри учебной деятельности и в связи с ней.

В процессе общения со сверстниками, в ситуациях формального равенства, дети сталкиваются с разной природной энергетикой, с разной культурой речевого и эмоционального общения сверстников, с разной волей и отличным чувством личности. Столкновения эти приобретают выраженные экспрессивные формы, например, агрессивные реакции, плаксивость, двигательную расторможенность. Все чувства, которые являлись новыми у ребенка в дошкольном возрасте, продолжают оставаться и приобретают глубину в повседневных его отношениях с близкими людьми.

Наиболее существенным свойством взаимоотношений ребенка со сверстниками является их принципиальное равноправие, включающее равенство прав на собственную эмоциональную оценку всего происходящего в детской группе. Удовольствие от совместного времяпрепровождения, совместных занятий, сильное желание их продолжать — все это помогает детям преодолевать трудности, связанные с разницей мнений, желаний, намерений. Практика согласования ведет к развитию у детей способности строить равноправное сотрудничество между своими сверстниками, мыслящими чувствующими по-разному [37].

Еще одна сторона личности ребенка изменяется в период среднего детства — Я-концепция. В нашем исследовании мы понимаем Я-концепцию как обобщенное представление человека о самом себе, система его установок относительно собственной личности [39]. В структуре Я-концепции выделяют: Я-реальное — представление личности о себе, о том, «какой я есть». Я-реальное может быть в большей или меньшей мере реалистичным. Я-перспективное — модель, в которую может быть преобразовано Я-реальное в процессе реализации определенных потребностей.

Говоря о Я-концепции ребенка, следует отметить, что она включает в себя как реальный образ Я (Я-реальное), так и Я-перспективное, т.е. то, на что Я-реальное ориентировано. Различные межличностные взаимодействия актуализируют у ребенка перспективные составляющие его Я-образа и создают условия для стабилизации реального Я-образа.

Так А.А. Реан отмечает, что у детей в начале этапа среднего детства можно констатировать наличие не только ожидания и устремленности на предстоящие личностные преобразования (например, стать школьником), но и осознание себя (каким школьником я буду). Это позволяет включить в образ собственного Я ребенка различные качества личности, необходимые для успешного взаимодействия с людьми, выполнения школьных учебных и организационных обязанностей [49].

Наряду с семьей важную роль в жизни младшего школьника начинают играть и другие общественные институты. При поступлении детей в школу к осознанию себя как ребенка своих родителей прибавляется еще один из значимых образов: «Я — ученик такого-то учителя». Причем такой Я-образ быстрее возникает и занимает в иерархии Я-образов достаточно престижное место, если ученик одобряем учителем. Ребенок с готовностью принимает свой новый статус ученика, так как в нем содержится общественная значимость. Важность его учебной деятельности постоянно подчеркивают взрослые, что дает основание ребенку считать, что его учеба и он — обучающийся значимы для окружающих взрослых.

Но встречается и обратная ситуация, как считает Д.Б. Эльконин, когда ребенок, не отличающийся особой сметливостью, в особенности может быть травмирован школой, даже если его усердие и поощряется дома. Он не так глуп, чтобы попасть в школу для умственно отсталых детей, но его темп усвоения учебного материала медленней, чем у сверстников, и он не может с ними соревноваться. В виду этого, непрерывная позиция аутсайдера в классе развивает у ребенка чувство неполноценности. Зато ребенок, склонность которого мастерить что-нибудь снизилась из-за вечных насмешек дома, может оживить ее в школе благодаря советам чуткого и опытного учителя. Таким образом, развитие многих способностей и умений ребенка зависит не только от родителей, но и от отношения других взрослых [72].

Общение с одноклассниками и другими сверстниками также обогащает Я-концепцию ребенка. Предоставляя другим детям информацию о себе и получая от них сведения об их восприятии его «персоны», ребенок существенно расширяет свой Я-образ. Возможно, именно взаимодействие со сверстниками и делает Я-образ ребенка более динамичным в его развитии [47].

Анализируя развитие младшего школьника, мы не можем обойти стороной изменения, происходящие в его социальной сфере. В младшем школьном возрасте все больше расширяются и дифференцируются

социальные отношения. Мир социальных взаимодействий становится для ребенка шире, отношения развиваются глубже, а содержание их разнообразнее. Во 3-м и 4-м классе личность учителя становится менее значимой для ребенка, зато теснее становятся его контакты с одноклассниками.

По мнению П.П. Блонского, в общении ребенка со сверстниками осуществляется познавательная предметная деятельность, так же происходит формирование важнейших навыков межличностного общения и нравственного поведения. Жажда общения, делают группу сверстников для школьника чрезвычайно привлекательной. Участие в группе для школьника становится чем-то очень дорогим, поэтому санкции со стороны группы, применяемые к тем, кто нарушил ее законы, становятся более эффективными. Эти санкции при этом очень жесткие, иногда даже жестокие: насмешки, издевательства, избиение, изгнание из «коллектива» [5].

Исходя из слов М.В. Осориной, группы младших школьников чрезвычайно однородны по половому признаку, более того, не исключено возникновение вражды между ними. В этом возрасте разделение по половому признаку характеризует не только составы групп, но и места досуга. Территории игр, например, имеют свое разделение на «девчоночьи» и «мальчишечьи» места, внешне никак не обозначенные, но оберегаемые от вторжения «посторонних» и избегаемые ими [43].

Общение и дружба с представителем своего пола, а также дифференциация групп по половому признаку способствуют формированию у ребенка определенной и устойчивой идентификации с полом, развитию у него самосознания, а также формируют условия для возникновения у него новых глубоких и продуктивных отношений в подростковом и юношеском возрасте.

Обращаясь к Й. Лангмейеру и З. Матейчеку, мы установили, что с постепенно возрастающей ориентацией на сверстников менее значимой является эмоциональная зависимость ребенка от родителя (матери). Более

того, именно в этом возрасте и должна начаться так называемая «естественная сепарация». Под данным термином понимают поэтапное психологическое отделение ребенка от взрослого и обретение им независимости и самостоятельности. Сепарация предоставляет условие для социального созревания ребенка, его самореализации и, наконец, психического здоровья [29].

И все же взаимодействие с родителями, их оценки поведения ребенка, а также образцы их поведения являются для ребенка одним из важнейших источников формирования у него форм действенно-предметного и нравственного поведения. Родители по-прежнему являются наиболее авторитетной фигурой в социальном окружении, поэтому для ребенка так важны реакции и оценки с их стороны.

Таким образом, период среднего детства является не менее важным, чем предыдущие этапы жизни. В зарубежной психологии этот этап описан в трех научных подходах: психодинамический, когнитивный, теория социального научения. В отечественной психологии отмечают, что новая социальная ситуация, созданная школьной средой, неизбежно приводит к изменениям в эмоциональной жизни ребенка (снижение эмоциональной возбудимости, уменьшение непосредственности, возрастание уравновешенности); Я-концепции (новый образ «Я-ученик», статус ученика, расширяющийся в целом Я-образ); социальных отношениях (значимость сверстников к концу периода, однополая дружба, сепарация от родителей).

1.2. Определение психической травмы в психологической науке

Первые обращения к феноменологии психической травмы встречаются в трудах психологов и психиатров в конце XIX — начале XX века (Н.Н. Баженов, Й. Брейер, З. Фрейд, Ж.М. Шарко) Но регулярные исследования травмы в зарубежной психологии начались после второй мировой войны, и интерес к ним не угасает (А. Браун, Э. Линдемманн, К. Эриксон и др.). В

отечественной психологии бум исследований в области психической травмы начался после Афганистана и Чернобыля (Ю.А. Александровский, М.М. Решетников, Н.В. Тарабрина и др.)

Обратимся к справочной литературе. Так, в формулировке DSM-IV-TR, психотравма — это опыт личного переживания по поводу смерти, угрозы смерти, тяжелой травмы или нарушающего физического контакта; результат рефлексии по поводу события, связанного с вышеперечисленным; реакция на известие о неожиданной (насильственной) смерти; впечатление по поводу пережитого близким человеком унижения, страха или ущерба [74].

Так же в толковом словаре психиатрических терминов мы нашли следующее. Психотравма — это патогенное эмоциональное воздействие на психику человека, которое при специфически-личностной значимости и недостаточности психологических защитных механизмов может привести к психическому заболеванию. Таким образом, в медицинских терминах психотравма — (*trauma psychicum*) эмоциональное воздействие, вызвавшее психическое расстройство, которое может служить причиной возникновения психогенно-реактивного заболевания или фактором, провоцирующим начало эндогенного процесса.

Данные определения, в понимании психической травмы, предоставляют нам словари. Рассмотрение изучаемого термина с разных точек зрения поможет углубить знания в области данного явления, поэтому перейдем к авторским определениям. Для описания психотравматических процессов в психиатрической и психологической литературе используется множество понятий, основные из которых: психотравма, психогения, стресс, невроз. Так, например одно и то же явление обозначают разными терминами, а под одним и тем же понятием различные авторы подразумевают разные значения.

К примеру, термином «психотравма» обозначают и факторы среды, и физическое состояние, и психическое состояние, и реакции организма.

Так, некоторые исследователи под психической травмой понимают тяжелые индивидуальные переживания — об этом пишут Н.В. Канторович, Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкий.

Анализируя работы З.Фрейда, мы находим, что психотравма является собой переживание, приводящее за короткое время к очень сильному увеличению раздражения, что освобождение от него или же его нормальная переработка не удается, отчего могут наступить длительные нарушения в расходовании энергии [62].

По определению А.С. Кочаряна и А.М. Лисиной психическая травма — (травма в пер. с греч. - «рана», «повреждение», «результат насилия») — глубокие и мучительные переживания человека, связанные с травматическими событиями его жизни, накопления возбуждения, с которыми он не в состоянии справиться или которые частично преодолеваются посредством бессознательных механизмов защиты, ведущих к образованию невротических симптомов.

По мнению П. Левина, травматические симптомы возникают в результате накопления оставшейся энергии, которая была приобретена при встрече с травматическим событием и не нашла выхода и разрядки. Смысл симптомов травмы заключается в том, чтобы удерживать эту остаточную энергию. Само понятие травмы приобретает экономический смысл, т.е. оказывается связанным с количеством энергии [31]. Поэтому З. Фрейд называет травматическим переживание, которое в течение короткого времени приводит психику к сильному увеличению возбуждения, в виду этого нормальная переработка или избавление от него становится невозможным, в результате чего могут наступить длительные нарушения в расходовании энергии. Психодинамика психической травмы такова, что даже давние переживания оказывают ощутимое воздействие на психику, а воспоминание о них с годами не утрачивают свою болезненность.

Психолог считал, что, несмотря на то, что соматизация способствует разрядке возникшего психического напряжения, в психике формируется

специфическое «ментальное ядро» или «пункт переключения», ассоциативно связанный со всей «атрибутикой» полученной психической травмы. И это «ментальное ядро» будет активизироваться всякий раз, когда ситуация будет напоминать травматические переживания, одновременно запуская патологические механизмы реагирования. З. Фрейд называет этот процесс феноменом «навязчивого повторения». Таким образом, психическая травма имеет «хорошую память», а ее жертвы страдают преимущественно от воспоминаний и реакций, реализуемых бессознательно. Ученый отмечал, что его пациенты находятся в плену болезненных переживаний и отчаянно цепляются за них, потому что переживания представляют для пациентов некую психическую ценность, происходит фиксация на травме, которая может длиться всю жизнь [63].

Первоначально З. Фрейд полагал, что к невротическим расстройствам приводили сексуальные домогательства, о которых ему сообщали его пациенты и которые травмировали детскую психику. Неприятные болезненные переживания вытесняются, а связанные с ними аффекты не находят себе выхода, продолжая бессознательно развиваться проявляться в виде психосоматических симптомов, таких как: поражение органов, ипохондрия, нарушение функции, но не самого органа, истерические симптомы. Так же возможны такие случаи, когда болезнь является соматическим решением, тяжелой жизненной ситуации [62].

Так же, как и терминология, классификация психических травм достаточно обширна и разнообразна. Одна из них, классификация Г.К. Ушакова, Б.А. Воскресенского разделяет психические травмы на:

1) массивные (катастрофические), внезапные, острые, неожиданные, потрясающие:

а) сверхактуальные для личности, б) неактуальные для личности (например, природные, общественные катастрофы, интактные для данного индивидуума);

2) ситуационные, острые, неожиданные, многопланово вовлекающие личность (связанные с утратой социального престижа, с ущербом для самоутверждения);

3) пролонгированные ситуационные, трансформирующие условия многих лет жизни (ситуация лишения):

а) осознаваемые и преодолимые, б) неосознаваемые и непреодолимые;

4) пролонгированные ситуационные, приводящие к стойкому психическому перенапряжению (истощающие):

а) вызываемые самим содержанием ситуации, б) вызываемые чрезмерным уровнем притязаний личности при отсутствии объективных возможностей для достижения в обычном ритме деятельности.

Другая классификация, В.Н. Мясищева, выделяет следующие психические травмы:

1) объективно-значимые, это жизненные события (психические травмы), имеющие важность для подавляющего большинства людей — смерть близких, увольнение и т.д.

2) условно-патогенные, это события, которые становятся психическими травмами, вызывающими переживания в силу особенностей иерархии ценностей человека (к примеру потеря важной фотографии) [38].

Классификация В.В. Ковалева обозначает следующие компоненты, характерные больше для детского возраста:

1) шоковые психические травмы (нападение животного, появление чужого, удар грома);

2) психотравмирующие ситуации относительно кратковременные, но психологически очень значимые для ребенка (утрата или болезнь одного из родителей, ссора со сверстниками и т.п.);

3) психотравмирующие ситуации, распространяющиеся на основные ориентации ребенка (конфликты в семье, деспотическое воспитание, неуспеваемость и т.д.);

4) факторы эмоциональной депривации (недостаток ухода, заботы, ласки и т.д.) [25].

Психическая травма является нарушением целостности, нарушением функционирования психики человека, когда значительная часть психического материала вытесняется, то результатом становится внутреннее расщепление. Травмы нарушают психическую организацию и могут приводить к возникновению нервно-психических расстройств.

Речь идет о состояниях пограничного или клинического функционирования, которым характерны как устойчивое ослабление работоспособности, способностей мышления и иммунитета, так и более сложные изменения, приносящие вред здоровью, социальной жизни человека, приводящие к психосоматическим заболеваниям, неврозам.

В силу того, что психическая травма влечет за собой некоторое патологическое приспособление организма в виде выстраивания чрезмерно энергозатратных психологических защит, травматизация может способствовать нарушению связей между психикой и телом. А.И. Введенский и И.П. Павлов считают, что сверхсильные и длительные раздражители изменяют функциональное состояние ЦНС (центральная нервная система) и периферической нервной системы. При этом нарушается условно-рефлекторная деятельность, дифференцировка условных рефлексов утрачивается [44].

Физические болезни могут происходить от эмоциональных напряжений, потому что всевозможные органы связаны с мозгом нервными волокнами. Некоторые методы частичной разгрузки подавленных напряжений через органы тела (даже при длительном применении) не обязательно приводят к столь серьезным болезням, какие описаны выше; они могут, однако, вызывать более мягкие расстройства, приводящие к затруднениям и к потере времени и энергии. Вряд ли проявления диареи является преимуществом в какой-либо практической ситуации. К этой же теме мы можем отнести внезапные позывы к мочеиспусканию или

неожиданное начало менструального периода или менструальные спазмы. Все эти болезни могут происходить от сознательного или бессознательного напряжения [7].

На сегодняшний день существует большое количество разрозненных исследований, посвященных отдельным последствиям различных видов психической травмы.

На наш взгляд, не стоит упускать один из важных и часто встречающихся факторов, оказывающих влияние на развитие психической травмы — семья.

Изучение влияния семейных факторов на формирование нервно-психических расстройств детского и подросткового возраста осуществляется уже довольно длительное время. В первой половине XX в. Рассматривались лишь легко поддающиеся наблюдению и учету семейные факторы, такие как: численность семьи, развод, качество жилищных условий, доход, образование родителей. Уже позже последующие работы были посвящены: анализу нарушения воспитания в семье, личностных особенностей родителей, внутрисемейных конфликтов.

Так же провоцирующим фактором в возникновении психической травмы могут являться стили воспитания. По мнению А.И. Захарова, Б.Д. Карвасарского, Ю.Ф. Антропова, условия неправильного воспитания в ситуации нервно-психического перенапряжения формируют личностные черты, предрасполагающие, к возникновению различных форм невротических и психосоматических расстройств. Тем не менее, независимо от того, связана психическая травма младшего школьника с его семейной ситуацией или нет, семейные отношения могут оказать серьезный как положительный, так и отрицательный эффект на адаптацию и реабилитацию ребенка, а также на результаты терапии.

Итак, мы рассмотрели точки зрения о понимании психической травмы в науке, теперь нам предстоит раскрыть связь психической травмы с психическими расстройствами. Душевная болезнь изменяет душевную

личность — ту сумму качеств, которая для нас в гораздо большей мере, чем физические особенности, представляет истинную сущность человека. Само отношение больного к внешнему миру вследствие этого коренным образом изменяются. Знакомство со всеми этими расстройствами оказывается богатым источником для исследования душевной жизни. Оно открывает нам не только много ее общих законов, но и дает возможность детально рассмотреть историю развития человеческой души. Как в отдельном индивидууме, так и во всем человечестве; оно дает нам, наконец, правильный критерий для понимания некоторых течений в сфере психологии и морали, в сфере религии и искусства, для понимания явлений нашей общественной жизни.

Чрезвычайная практическая важность делают знакомство с психическими расстройствами, безусловно, необходимым для специалиста. Даже самая легкая форма душевной болезни, являет собой самые тяжелые страдания.

Невротики часто говорят: «Моя мать и мой отец были нервные люди, вот и я нервный. Я получил это в наследство». Это неверно. Невроз не передается по наследству; но основы его могут быть заложены в раннем детстве вследствие поведения родителей. Невроз зависит, прежде всего, от силы импульсов Ид (Оно/бессознательное) и от возможностей их выражения либо каким-нибудь приличным прямым путем, либо здоровыми методами смещения. Если человека с раннего детства приводили в ярость или сексуальное возбуждение, то справиться с накопившимися импульсами с помощью нормальных методов, имеющихся в его распоряжении он не в состоянии. Тогда эти импульсы будут мешать ему, производительности его труда, если только он не получит помощи извне. Невроз зависит от того, как индивид использует свою энергию [7].

Невроз есть вид защиты. При неврозе докучливое напряжение загоняется в одну часть личности, так что остальные части ее сохраняют свободу развиваться, насколько это возможно в ее искаленном состоянии.

В душевном состоянии больного допустимо развитие другого расстройства — психоза. Психоз, подобно неврозу, есть результат конфликта между Ид и сдерживающими его внутренними силами; но в случае невроза побеждают сдерживающие силы, а в случае психоза побеждает Ид. У психотика, в отличие от невротика, вся личность поглощена напором или просачиванием импульсов Ид и ребячливым мышлением. Сила развития, физис, у него блокирована, а принцип Реальности отключен. Индивид действует в соответствии с крайне искаженными образами, и если он за что-нибудь принимается, то он может лишь при особой удаче добиться успеха [62].

Так же, мы бы хотели обратиться к статье А.Н. Бегояна «Анатомия психотравмы: боль, болезнь и исцеление (2013)» в которой автор пишет следующее: «очень многие специалисты, начиная от З. Фрейда и К. Хорни, связывали причины психических и поведенческих расстройств с травмами детства, предполагая, что именно неудовлетворение основных потребностей ребенка (в принятии, любви, безопасности, питании) и есть генератор психической травмы. Однако, по-видимому, дело не в «неудовлетворенных потребностях детства», а в «неоправданных ожиданиях» в «ломке сценария будущего» вообще вне зависимости от возраста». Происходит таким образом, что первый или же первые концептуальные диссонансы человек испытывает в самые ранние годы своей жизни, когда многие явления социальной действительности ему неизвестны или непонятны. И вот почему осознание концептуального диссонанса происходит поздно в относительно зрелом возрасте [59].

Согласно классической психодинамической теории, с момента концептуального диссонанса до появления психопатологической симптоматики личность проходит несколько стадий процесса формирования невроза – своего рода «замораживание боли». Согласно нашему пониманию, реальная болезнь, или невроз, начинает формироваться тогда, когда

концептуальный диссонанс, имевший место, в свое время начинает осознаваться, именно тогда происходит травматизация личности.

Таким образом, проанализировав приведенные высказывания, мы констатируем, что существует множество понятий о психической травме, большое количество ученых, таких как Г.К. Ушаков, Б.А. Воскресенский, В.Н. Мясищев, Ф. Руппер и др., смогли классифицировать это понятие. Многие ученые, имеющие весомый научный авторитет, такие как, З. Фрейд, А.И. Введенский, И.П. Павлов и др., доказывают колоссальные возможности развития этого недуга. Принимая во внимание проанализированные высказывания ученых, можно озвучить следующий тезис. Психическая травма может являться ничем иным как, зачатком, некой отправной точкой в психических расстройствах личности. Этот процесс трансформации может быть достаточно долговременным, годами не проявляя себя чем-то большим, чем нарастающее чувство тревоги, а то и вообще находиться в анабиозе.

1.3. Особенности проявления психической травмы в младшем школьном возрасте

Интерес к детству как источнику психического неблагополучия взрослых возник с работами З.Фрейда, который доказывал в своих учениях, что множество отрицательно влияющей психической энергии заложено и дремлет в человеке с детства, активация которой начинает методично отравлять жизнь пациенту как физически, так и духовно. Речь пойдет о детских неврозах, психозах и о том, в результате чего ребенок может столкнуться с этими заболеваниями. Ответ нам вновь следует искать в истоках формирования детской целостности и понимания окружающего мира, конечно же в семье.

Итак, изучая научную литературу, занимаясь частной практикой и наблюдая за пациентами, З. Фрейд выделил такое понятие как «психическое функционирование». Это то, как психика человека работает и справляется с

поставленными перед ней задачами, функционирует в данный момент времени. Он выделил три основных способа психического функционирования: психотический, пограничный и невротический. З. Фрейд определял это так, что в процессе развития индивида, в результате травмирующих событий, возможна фиксация на одном из способов психического функционирования, характеризовать которые мы начнем по возрастающей.

Психотическое функционирование (психотики) осуществляется от 0 до 1 года, (довербальный период). Нездоровая психика, если такой человек заболевает каким-то расстройством, то он впадает в психоз, который сопровождается бредом. Человек не понимает, кто он, нарушается само восприятие, видит себя как бы со стороны. Отношения с людьми у такого человека, как правило, не длительные, диффузные. Психическими защитами будут выступать, отказ от реальности, расщепление.

Пограничное функционирование формируется от 1 до 3 лет. Присутствуют психологические нарушения той или иной степени, могут проявляться как депрессия. Такой человек делит все на знак плюс и минус, либо впадает в депрессию, либо выступает в роли агрессора, либо эти состояния сменяют друг друга. В отношениях с людьми важно на кого-то опереться, важно чувствовать себя нужным. Психическими защитами будут выступать, подавление эмоций, отрицание, отказ от реальности, расщепление.

И наконец, невротическое функционирование возникает от 3 до 5 лет. Большим плюсом, в сравнении с другими функционированиями, будет являться то, что ребенок дожил до такого возраста без фиксации на предыдущих стадиях. Поскольку такой человек имеет все шансы быть более здоровым. Психически это самые здоровые люди, внутреннее состояние которых меньше всего нарушено, но все же могут быть симптомы истерического характера или же навязчивые состояния. Ценят чувства, способны говорить о своих переживаниях имеют уважение к интересам

другого человека. Психическими защитами будут выступать, вытеснения. Человек может просто забывать то, что ему причиняет боль. Большую роль в формировании подобных фиксаций может играть страх, к примеру от 0 до 1 года, если мама не объясняет ребенку то состояние, что с ним происходит. Ребенок не знает, что он испытывает боль, голод или же радость. В результате этого он не может понять, что он существует, возможно возникновение страха исчезновения. Что конечно же является психической травмой ребенка.

Принимая во внимание выше сказанное, в первую очередь следует обратить внимание на детский страх. Как было изложено выше, психотравма имеет возможность перетекать в определенные психические заболевания. Процесс формирования детского страха заключается в том, что на детский душевный процесс имел возможность оказать давление определенный отрицательно заряженный стимул, в результате чего остался отпечаток в виде психической травмы, которая, конечно же неосознаваемая, в последствии начинает тревожить ребенка. В результате того, что у ребенка нет объекта тревоги, то есть у тревоги нет почвы, она начинает перетекать в страх. Страх же в свою очередь очень энергозатратное аффективное состояние, которая начинает мешать благоприятному развитию либидо. К слову говоря, З. Фрейд, в книге «Введение в психоанализ» писал, что нервнобольные испытывают страх, в гораздо большей степени, чем другие. Что впоследствии приводит к невротическому заболеванию. Оно же в свою очередь может проявляться в виде определенных невротических повторений или же ритуалов, которые могут мешать ребенку радоваться спокойной жизни.

Рассмотрим характеристики невротического страха, указанные З. Фрейдом в работе «Введение в психоанализ». К первой форме страха З. Фрейд относит общую боязливость, так сказать, свободный страх. Он характерен тем, что готов привязаться к любому более или менее подходящему содержанию представления, оказывающий влияние на

суждение, выбирающий ожидание, поджидая любой случай, чтобы найти себе оправдания. Фрейд назвал его «страх ожидания». Люди, страдающие данным страхом, считают любую случайность знаком ужасного несчастья, используют любую неуверенность в дурном смысле.

Вторая же форма страха, наоборот, имеет четкие объекты или же связана с определенными ситуациями — это страх в форме многообразных фобий [64].

Так как страхов великое множество, мы можем разделить их на три группы: к первой группе будут относиться вполне понятные обычным людям объекты или ситуации, внушающие страх, например, змеи. Ко второй группе можно отнести случаи, имеющие отношение к опасности, которым мы привыкли не придавать особого значения, и выдвигать их на первый план. Например, толпа людей, закрытое помещение или же гроза. Обычный человек может испытывать страх перед такими вещами, но не может быть и речи, что бы он не смог его вынести. Остается третья группа фобий, это страх проявляющийся, например, при истерии, сопровождая истерические симптомы, или же в любых условиях возбуждения, когда мы не понимаем, как и сам больной, что послужила тому причиной [64].

Наглядным примером психической травмы, перетекающей в невротическое расстройство может являться страх «кастрации», который может повлиять на непринятие своего тела даже на половую ориентацию человека. Развитие ребенка крайне хрупкий и тонкий процесс главным фактором, в котором является семья, которая может оказать эффект прогресса или же грубого скальпеля в развитии ребенка. В момент, когда ребенок начинает формировать представления о своем теле или же о сексуальной жизни, огромной ошибкой родителей, будет являться наказание родителей путем угрозы отделения полового органа ребенка от его тела. Страх кастрации встает в противовес интересу познания себя, такой внутриличностный конфликт так же может привести к невротическим заболеваниям.

Так же психическая травма может являться причиной психосоматического заболевания, очаг возникновения которой может быть непредсказуем. К этим же проблемам можно отнести болезненное состояние «диссоциативное расстройство», психопатии и многое другое.

При изучении механизмов и условий становления (поэтапного формирования) приобретенных психопатий (психопатических или патохарактерологических развитии) О.В. Кербиковым и В.Я. Гиндикиным была подробно описана роль патогенных факторов, во-первых, неправильного воспитания в различных его вариантах, во-вторых, закрепления определенных реакций (оппозиции, отказа, протеста и т. д.), возникающих у ребенка или подростка в ответ на неблагоприятные микросредовые воздействия [17].

Продолжая разработку проблемы приобретенных психопатий, В.В. Ковалев, основываясь на взглядах О.В. Кербикова, психогенное патологическое формирование личности у детей и подростков, связанное с хронической психотравмирующей ситуацией и неправильным воспитанием, предложил называть «патохарактерологическим формированием личности». Наиболее часто патохарактерологическое формирование личности встречается в виде аффективно-возбудимого, тормозимого, истероидного и неустойчивого вариантов [25].

Все выше перечисленное уже формирует для нас картину в понимании особенности психической травмы в младшем школьном возрасте, но все же мы решили обратиться к другим авторам, для осуществления полноты картины. Э. Эриксон о младшем школьном возрасте, писал следующее: четвертая стадия — латентная (от 6 до 11 лет). Это период обучения в школе, когда у ребенка особенно актуализированы познавательные способности и он осваивает знания и навыки данного социума. Взрослые, поощряя тягу ребенка к освоению нового, к достижению результатов, поддерживают в нем чувство компетентности. В противном случае, насмешки дома и в школе, неудачи в учебе и дружбе со сверстниками способствуют развитию у ребенка

чувства неполноценности, которое будет трудно преодолеть на следующих стадиях развития [73].

И все же хотелось бы раскрыть представление о том, что детская психологическая травма имеет свои признаки и законы формирования. Исходя из этого тезиса, мы решили обратиться к мнению И. Млодик о законах формирования ранней (детской) психической травмы.

1. К ней нельзя подготовиться. Она застает врасплох. Как правило, она погружает ребенка в ощущение беспомощности, неспособности защититься. Очень часто в момент травмы ребенок впадает в эмоциональный ступор, не испытывая сильных чувств, не имея возможности позлиться или дать отпор. Он замирает и даже не знает, как к этому относится. Лишь позже эмоциональный ступор отступает, и ребенок может пережить такие чувства как: боль, ужас, стыд, страх и т.д. Сильная, не поддающаяся анализу психики травма может быть вытеснена и не вспоминаться годами. Но все же ее влияние продолжает работать и определять поведение человека в его уже взрослой жизни.

2. Происходит в ситуации, когда ребенок мало, чем мог управлять. В момент травмы ребенок внезапно теряет контроль над ситуацией, потому что вся власть и контроль в этот момент, как правило, у взрослого, который, так или иначе, имеет отношение к травме. Ребенок оказывается беззащитным перед теми, что приносят в его жизнь травма. И с тех пор, он практически не переносит непредсказуемости, старается организовывать свой мир, тщательно продумывая возможные шаги и последствия, почти всегда отказывается от малейшего риска и болезненно реагирует на любые перемены. Тревога становится его вечным спутником, возникает желание контролировать мир вокруг.

3. Детская травма меняет мир. Ребенок до травмы считает, что мир во круг него, абсолютно безопасен и устроен определенным образом: он любим, его всегда защитят, он — хороший, его тело чисто и прекрасно, люди ему рады и т.д. Эта травма может внести свои жесткие коррективы: мир

становится враждебным, близкий человек может предать или унижить, своего тела надо стесняться, он глуп, некрасив, недостойн любви и т.д. Например, до травмы ребенок был убежден, что папа его любит и никогда не причинит боль, но после того, как выпивший отец поднимает на дочь руку, мир становится иным: в нем мужчина, который любит, может обидеть тебя в любой момент, и тебе будет страшно, и ты ничего не сможешь сделать.

4. В последующей жизни травмированного человека происходит ретравматизация. То есть ребенок, даже вырастая, бессознательно «организует» и воспроизводит события, повторяющие эмоциональную составляющую травмы. Если в момент социализации он был отвергнут окружающими его детьми, то в своей последующей жизни в каждом коллективе он будет влиять на поле вокруг него так, что непременно вызовет отвержение окружающих. Девочка, битая выпившим отцом, с большой степенью вероятности может «организовать» себе пьющего или бьющего мужа или партнера. И будет снова... жаловаться на судьбу. И. Млодик называет это «подставлять драный бок». Неосознанное желание, совершенно не желая того, подставлять миру свою незаживающую травму, по которой ничего не подозревающий мир непременно ударит кулаком.

- Травмированные дети, уже вырастая, не могут позволить себе быть счастливыми. Потому что счастье, стабильность, радость, успех – это то, что было с ними до того, как травма случилась. Они были радостны и довольны, как внезапно их мир изменился, и менялся он для их детского сознания катастрофичным образом. С тех пор счастье и покой для них – это ощущение дискомфорта.
- Травма – это не всегда одно ключевое событие. Под этим можно понимать постоянное психологическое давление на ребенка, попытка его переделать, критика, в которой он живет день от дня, его ощущение ненужности родителям, постоянное чувство вины за то, что он есть и все, что он делает и т.д. Часто ребенок вырастает с каким-то иногда плохо осознаваемым посланием: «я должен угождать», «все вокруг

ценней, чем я», «никому нет до меня дела», и любыми другими, калечащими его психику и создающими ретравматизирующую действительность. Работать с такими посланиями, непросто. Еще и потому, что нет даже памяти о том, как жить без этих посланий, нет опыта жизни до травмы.

- Трудно не согласиться с З. Фрейдом, который высказывал предположение о том, что чем более ранняя травма, тем труднее процесс излечения. Ранние травмы плохо помнятся, рано встраиваются в психологические конструкты ребенка, меняя их и задавая новые условия, на которых эта психика потом функционирует. Такая ранняя «инвалидизация» приводит к тому, что мир кажется именно таким, каким его с самого раннего детства воспринимал ребенок. Поэтому невозможно просто найти и стереть травму, не подвергнув риску обрушения всей психической конструкции [79].

Рассмотрев законы формирования психической травмы, настало время перейти к пониманию ее признаков. У детей младшего школьного возраста на наличие проблем после перенесенной травмы указывают следующие признаки: ребенок постоянно плачет, дрожит или выглядит испуганным; погружен в самостимуляцию (постоянно раскачивается вперед-назад или качает головой); у него наблюдаются расстройства сна (кошмарные сновидения, бессонница или повышенная сонливость); бывает возникновение энуреза; могут наблюдаться различные расстройства самочувствия без видимых причин (головная боль, головокружение, боль в позвоночнике, раздражение глаз, расстройства пищеварения); ребенок проявляет агрессивность; очень замкнут, слишком спокоен и послушен, ничем не проявляет свои чувства и желания или же подавлен и безразличен; возможно проявление инфантильности; не может концентрировать внимание или запоминать усвоенное в школе; проявляет неспособности завершить начатое дело; раздражителен по отношению к окружающим, боится и не доверяет им; все время думает о плохих вещах, которые, он уверен, случатся с ними в

будущем; Возможны появления проблем в учебе и общении. Свойственны поведенческие нарушения от депрессии до агрессии.

Подводя итог, хотелось бы отметить, что психотравма, ее сущность и признаки, возрастные особенности исследовалась в клинической психологии детей и подростков у истоков которой стояло множество ученых, в том числе и Б.Г. Ананьев, Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, С.Я. Рубинштейн, Д.Б. Эльконин и многие другие. Проанализировав научные источники, мы можем отметить, что травмирующие жизненные события часто влекут за собой возникновение стрессов, ухудшение психического здоровья, а затем и возникновение различных психических расстройств и болезней. Мы обсудили, что психическая травма формируется по описанным выше законам, а также имеет определенные признаки проявления. Она может проявиться сразу, а может долгие годы находится в состоянии покоя. Поэтому нужно обращать внимание даже на, порой незначительные, сигналы психики ребенка, поскольку упущенное время способствует развитию душевного дисбаланса. Так же стоит обращать внимание и на детские страхи, процесс формирования которых заключается в том, что на детский душевный процесс имел возможность оказать давление определенный отрицательно заряженный стимул, в результате чего остался отпечаток в виде психической травмы, которая, конечно же неосознаваемая, в последствии начинает тревожить ребенка. О чем и писал З. Фрейд, в книге «Введение в психоанализ», что нервнобольные испытывают страх, в гораздо большей степени, чем другие. Что впоследствии приводит к невротическому заболеванию. Оно же в свою очередь может проявляться в виде определенных невротических повторений или же ритуалов, которые могут мешать ребенку радоваться спокойной жизни. Нельзя не сказать и о законах формирования ранней (детской) психической травмы, о которых писала И. Млодик. Психическая травма возникает неожиданно, меняет мир человека и ведет к ретравматизации.

1.4. Психолого-педагогические приемы работы, направленные на профилактику психической травмы

Психологическая травма, в широком смысле, это очень сложный и трудоемкий процесс реабилитации не только для пострадавшего, но и для его родственников. Выделение клинической психологии и затем психологии педагогической позволило более планомерно отвечать на поставленные вопросы и использовать современные технологии работы для оказания помощи детям и взрослым с психическими травмами и их семьям. Однако в своей работе мы решили обратиться к истокам, к классическим авторам и методам. Опираясь на понимания З. Фрейда что психотравма является собой переживание, приводящее за короткое время к очень сильному увеличению раздражения, что освобождение от него или же его нормальная переработка не удастся, отчего могут наступить длительные нарушения в расходовании энергии [61]. Мы можем отметить, что психотравма имеет некий экономический смысл, что указывает нам на возможность дополнительной помощи пострадавшему, в переработке энергии.

Но прежде чем приступить к помощи нам нужно уточнить несколько важных моментов. За основу нашей профилактической (коррекционной) работы мы берем психоаналитический метод З. Фрейда, поскольку именно он поможет нам продвинуться в понимании глубины и интенсивности травматических переживаний. Итак, первым важным моментом, который нам нужно уточнить, является «топический аспект» происхождения травмирующих представлений. Топический аспект подразумевает расположение, он укажет нам на то, в какой структуре (сознательное или бессознательное) находится травмирующее представление. Необходимо обратить внимание, что на данном этапе можно сделать очевидный логический ход. По определению, представление принадлежит бессознательному, если (и только если) это представление не осознанно. Следовательно, для любого представления можно задать ребенку вопрос об

осознании. Если ответ является положительным, представление принадлежит сознанию, иначе- бессознательному [68]. Далее, нам нужно выяснить «энергетический аспект», который позволит нам понять, каким же «запасом» либидо в данный момент обладает травмирующее представление. Либидо — это количественная характеристика представлений. Это означает, что содержание некоего психического объекта, в данном случае травматического переживания, можно охарактеризовать числом. Чем больше это число, тем большее внимание психика уделит этому объекту. Следовательно, травматическое переживание имеет большее влияние на психику. Либидо — это абстракция, тем не менее, за этой абстракцией скрыты реальные биохимические процессы: возбуждение и торможение нейронов, стимуляция слизистых оболочек и зрительной зоны головного мозга, вегетативные реакции [68]. И, наконец, «динамический аспект» позволяет узнать границы изучаемой нами системы травмирующих переживаний. Если рассматривать это на примере, то в прошлом некая система представлений подверглась внешнему воздействию и изменила свое состояние, пошла по другому пути развития. С этого момента можно отследить ее динамику.

Существует множество способов получения психологического анамнеза. Так как психоаналитическая терапия, в ее классическом виде, ориентирована больше на взрослых, мы предлагаем применение интегрированного, комплексного подхода. Что подразумевает собой работу с игровой и творческой деятельностью, снами, фантазиями и свободное ассоциирование. Так же, процесс работы предполагает четыре основные процедуры, составляющие технику психоанализа: конфронтацию, прояснение, интерпретацию и проработку для анализа сопротивления ребенка процессу свободных ассоциаций и развитию переноса, которые возникают по мере регресса ребенка и выражения инстинктивных желаний по отношению к терапевту.

Конфронтация — это фундаментальная процедура осуществления обратной связи. В аналитической конфронтации терапевт удостоверяется,

что пациент способен осознавать частичные действия или опыт, которые были в анализе. Например, конфронтируя пациента частично с феноменами переноса, терапевт может дать ему следующую обратную связь: «Кажется, что вы испытываете злость по отношению ко мне». Прояснение — это обращение к говорящему за уточнениями, чтобы слушающий точнее понял, о чем идет речь. Такие реплики как, «правильно ли я понял, что ...» призывают клиента сделать уточнение по поводу того, о чем он только что рассказывал. Конфронтация и прояснение опыта пациента являются предварительными шагами более важной аналитической процедуры — интерпретации. Интерпретация — это техника, превращающая неосознанные феномены в осознанные, дающая возможность истолковать клиенту то, что он не понимает. Проработка — психический механизм и элемент в рамках «техники психоанализа». Состоит в осознании и признании анализантом исходных (вытесненных) причин психической травмы, а затем, не останавливаясь на этом, в реконструкции всей выявленной структуры своих психических процессов. Проработка запускается аналитиком через обсуждение с анализантом и через истолкование («интерпретацию») всей системы травмирующих переживаний.

Детский психоанализ предполагает, прежде всего, более или менее длительный подготовительный период, на протяжении которого осуществляется как бы «дрессировка» ребенка для анализа (сознание болезни, доверие, согласие на лечение). По мнению А. Фрейд, работающему с детьми аналитику необходимо придерживаться следующих правил: он не должен оставаться безличным по отношению к маленькому пациенту; вместо толкования свободных ассоциаций и поступков пациента аналитик должен направить свое внимание туда, где «разыгрываются невротические реакции», то есть на домашнюю среду, окружающую ребенка; аналитик должен учитывать то обстоятельство, что внешний мир оказывает «на механизм инфантильного невроза и на течение анализа» более сильное влияние, чем у взрослого пациента; при работе с ребенком аналитик должен суметь занять

место его Я-идеала, и ему не следует начинать свою терапевтическую деятельность до тех пор, пока не будет уверен в том, что он «окончательно овладел этой психической инстанцией ребенка»; аналитик должен обладать авторитетом в воспитательном отношении, то есть анализировать и воспитывать, позволять и запрещать, «разрывать и вновь связывать».

В виду вышесказанного, приоритетную позицию для терапевта занимает игра. За игровыми действиями, фантазиями и снами ребенка скрываются символические значения, в психоаналитической интерпретации совпадающие или мало чем отличающиеся от аналитической работы с взрослыми. Связанные с игрой действия ребенка можно расшифровать и истолковать в плане проявления его сексуальных и агрессивных желаний: столкновение двух игрушек между собой, возможно, рассмотреть как выражение наблюдения интимных отношений между родителями; опрокидывание какой-либо игрушки – как агрессивные действия, направленные против одного из родителей. Игровая аналитическая техника не требует подготовительного этапа к анализу и дает возможность лучше понять объектные отношения между ребенком и родителями, в первую очередь детские переживания, связанные с матерью.

Аналогичным средством терапии является рисунок. Так же, как и игра, рисунок является основным коммуникативным средством ребенка. Игра и рисование могут дополнять и переходить друг в друга. Так же рисование поможет обойти защитные механизмы и укажет на возможные переживания ребенка. Обращаясь к А. Копытину, мы можем отметить, что некоторые исследования показали, что проведение арт-терапии в школе, в том числе с детьми, имеющими проблемы в обучении, помогает им справляться со школьной программой (см., в частности: Henn, 1990; Marshall, 1988; Silver et al., 1980). Более того, многосторонняя оценка эффектов применения арт-терапии в школах указывает на то, что задачи развития познавательных и художественных способностей учащихся могут в процессе арт-терапевтических занятий решаться одновременно с психокоррекционными и

психотерапевтическими задачами [22]. Также в трудах А. Копытина мы отметили, что «Самовыражение — это присущая человеку потребность изображать в индивидуальной манере чувства и мысли... Потребность в самовыражении проявляется как стремление использовать зрительные или слуховые символы, чтобы сделать самовыражение осязаемым, реальным» — отмечает М. Бетенски [23], что обосновывает нашу терапевтическую направленность. Рисование является техническим вспомогательным средством наряду со сновидениями и снами наяву. Этот прием используется по причине того, что ребенок отказывается давать свободные ассоциации, то есть главный метод психоанализа ребенком не принимается. Требования, предъявляемые к взрослым пациентам, как-то: удобное лежачее положение, сознательное решение не подвергать критике приходящие ему в голову мысли, сообщать аналитику все без исключения и обнажать все, что скрывается под поверхностью его сознания, находятся в явном противоречии с сущностью ребенка.

В области толкования сновидений те же приемы, какие применяются при анализе взрослых, остаются в силе для детского психоанализа. По мнению А.Фрейд, нет ничего легче, чем сделать понятным для ребенка толкование сновидения. Ребенка занимает отыскивание отдельных элементов сновидения в реальной жизни; он с большим удовольствием следит за тем, в каких ситуациях реальной жизни встречаются отдельные зрительные и звуковые образы сновидения [61].

Наряду с толкованием сновидений большую роль в детском анализе играют также «сны наяву». Многие из детей страстно мечтают, их рассказы могут быть лучшим вспомогательным средством при анализе. Обычно бывает очень легко побудить детей к рассказам о своих дневных фантазиях, особенно если доверие завоевано.

Как считает А. Фрейд, детский психоанализ четко делится на два этапа: подготовительный и собственно анализ. На подготовительном этапе можно использовать следующие приемы. Аналитик исполняет очевидное желание

ребенка зависимости от авторитета и уверенности в успехе. Аналитик открыто предлагает себя в союзники и вместе с ребенком критикует его родителей, либо ведет тайную борьбу против домашней обстановки, в которой живет ребенок, и всеми средствами достигает любви ребенка [61].

Возвращаясь к профилактической (коррекционной) работе, мы планируем:

- Наблюдать за процессом игры (как играет, как подходит к игровому материалу, что выбирает, чего избегает? Каков основной стиль его поведения? Трудно ли ему переключиться? Хорошо или плохо организовано его поведение? Каков основной сюжет его игры?);

- Использовать сюжетно-ролевые игры

- Осуществлять контакт с ребенком по ходу игры. Если в игре повторяются одни и те же ситуации, можно задать вопросы, касающиеся реальной жизни ребенка;

- Вести беседу на тему сновидений, фантазий, попутно анализируя и интерпретируя сон

- Использовать метод свободных ассоциаций

- Использовать творческое самовыражение: пластилин или глина, краски, карандаши и фломастеры, конструкторы, мозаика и др.

Таким образом, можно сказать, что, используя комплексно игровые элементы терапии, проективный рисунок и психоаналитический метод можно устранить последствия психологического дисбаланса, переработать либидо травмирующих представлений и ввести ребенка в ресурсное состояние, благодаря которым он сможет запустить механизмы само выздоровления.

Выводы по Главе 1

Проанализировав научную литературу, мы можем резюмировать следующее.

Период среднего детства является очень важным этапом жизни. В зарубежной психологии этот этап описан в трех научных подходах: психодинамический, когнитивный, теория социального научения. В отечественной психологии отмечают, что новая социальная ситуация, созданная школьной средой, неизбежно приводит к изменениям в эмоциональной жизни ребенка (снижение эмоциональной возбудимости, уменьшение непосредственности, возрастание уравновешенности); Я-концепции (новый образ «Я-ученик», статус ученика, расширяющийся в целом Я-образ); социальных отношениях (значимость сверстников к концу периода, однополая дружба, сепарация от родителей).

Существует множество понятий о психической травме, большое количество ученых, таких как Г.К. Ушаков, Б.А. Воскресенский, В.Н. Мясищев, Ф. Руппер и др., смогли классифицировать это понятие. Многие ученые, имеющие весомый научный авторитет, такие как, З. Фрейд, А.И. Введенский, И.П. Павлов и др., доказывают колоссальные возможности развития этого недуга. Принимая во внимание проанализированные высказывания ученых, можно озвучить следующий тезис. Психическая травма может являться ничем иным как, зачатком, некой отправной точкой в психических расстройствах личности. Этот процесс трансформации может быть достаточно долговременным, годами не проявляя себя чем-то большим, чем нарастающее чувство тревоги, а то и вообще находиться в анабиозе.

Возрастные особенности переживания психотравмы рассматривались в трудах Б.Г. Ананьева, Л.С. Выготского, А.Р. Лурия, С.Я. Рубинштейна, Д.Б. Эльконина и многих других. Травмирующие жизненные события часто влекут за собой возникновение стрессов, ухудшение психического здоровья,

а затем и возникновение различных психических расстройств и болезней. Психическая травма формируется по определенным законам, а также имеет своеобразные признаки проявления. Она может проявиться сразу, а может долгие годы находится в состоянии покоя. Поэтому нужно обращать внимание даже на, порой незначительные, сигналы психики ребенка, поскольку упущенное время способствует развитию душевного дисбаланса. Так же стоит обращать внимание и на детские страхи, процесс формирования которых заключается в том, что на детский душевный процесс имел возможность оказать давление определенный отрицательно заряженный стимул, в результате чего остался отпечаток в виде психической травмы, которая, конечно же неосознаваемая, в последствии начинает тревожить ребенка, что впоследствии приводит к невротическому заболеванию. Оно же в свою очередь может проявляться в виде определенных невротических повторений или же ритуалов, которые могут мешать ребенку радоваться спокойной жизни. Нельзя не сказать и о законах формирования ранней (детской) психической травмы, о которых писала И. Млодик. Психическая травма возникает неожиданно, меняет мир человека и ведет к ретравматизации.

В качестве работы с психотравмой используя комплексно игровые элементы терапии, проективный рисунок и психоаналитический метод можно устранить последствия психологического дисбаланса, переработать либидо травмирующих представлений и ввести ребенка в ресурсное состояние, благодаря которым он сможет запустить механизмы само выздоровления.

Глава 2. Экспериментальное исследование переживания психической травмы в младшем школьном возрасте

2.1. Организация и методика исследования проявления психической травмы в младшем школьном возрасте

Цель исследования — исследовать особенности переживания психической травмы в младшем школьном возрасте.

Гипотеза исследования заключается в положении о том, что психическая травма представляет собой глубокие и мучительные переживания человека, связанные с травматическими событиями его жизни, накопления возбуждения, с которыми он не в состоянии справиться или которые частично преодолеваются посредством бессознательных механизмов защиты, ведущих к образованию невротических симптомов. Мы предполагаем, что в младшем школьном возрасте психическая травма проявляется в психосоматических симптомах, нарушениях сна, повышенном уровне тревожности, демонстрации девиантного поведения.

Констатирующий эксперимент проводился на базе МАОУ Гимназии №5 по запросу образовательной организации. В нем принимал участие ученик Е.Б. 4 класса «А» в возрасте 9 лет. Период проведения констатирующего эксперимента: 28.08.18г.-21.10.18г.

В ходе проведения практической работы нами были поставлены следующие задачи:

- выделить критерии проявления психической травмы и подобрать в соответствии с критериями диагностический комплекс;
- исследовать проявления психической травмы в младшем школьном возрасте с помощью подобранного диагностического комплекса.
- предложить программу по восстановлению психологического баланса ребенка.

На основе анализа теоретической литературы мы выделили критерии, основываясь на отклонения которых можно предположить о наличии психической травмы.

Таблица 1

Критерии отклонения психологического баланса от нормы

Критерии	Норма	Отклонение
Уровень тревожности (возбудимость, страх)	У ребенка младшего школьного возраста, низкий уровень тревожности-возбудимости.	У ребенка младшего школьного возраста высокий уровень тревожности-возбудимости.
Соматические симптомы	У ребенка младшего школьного возраста, отсутствуют соматические симптомы (тики, боли, аллергия, несварение и т.д.)	У ребенка младшего школьного возраста заметны соматические симптомы (тики, боли, аллергия, несварение и т.д.)
Нарушения сна	Ребенок младшего школьного возраста легче отходит от сна, просыпается бодрым, отсутствует бессонница, не беспокоят кошмары.	У ребенка младшего школьного возраста обнаруживаются проблемы с пробуждением, присутствие усталости утром, бессонница, беспокоят кошмары.
Уровень социализации	Высокий-средний уровень адаптации, самостоятельность, типичное поведение, вариативность стратегий поведения и взаимодействия с окружающими.	Низкий уровень адаптации, несамостоятельность, девиантное поведение, ограниченность стратегий поведения, трудности во взаимодействии с окружающими.

В своем исследовании мы изучаем проявления психической травмы в младшем школьном возрасте с помощью следующих методик: Карта наблюдений Д. Стотта; «Полуструктурированное интервью для оценки травматических переживаний детей»; 16-факторный опросник личности Р.Кеттелла (детский вариант); «Клинические опросники для раннего

выявления соматизированных психических нарушений»; Методика «Незаконченные предложения»; Проективная методика «Семья животных»; методика исследования самооценки Дембо–Рубинштейн.

1. Карта наблюдений Д. Стотта. Целью данной методики является выявление особенностей учеников, дезадаптированных к школьной среде. Стимульным материалом будет являться регистрационный бланк, состоящий из таблицы для заполнения.

Данная методика состоит из 16 комплексов симптомов-особенностей поведения, которые имеют собственное название. Каждый симптомокомплекс включает определенный перечень симптомов (фрагментов) поведения ребенка. В регистрационном бланке наблюдателем зачеркиваются те цифры, которые соответствуют тем или иным фрагментам поведения ребенка. Центральная вертикальная черта отделяет более тяжелые нарушения (справа – «неприспособленность») от менее тяжелых (слева – «нарушения») (см. Приложение А).

2. «Полуструктурированное интервью для оценки травматических переживаний детей» Н.В.Тарабриной. Данная методика предназначена для исследования выраженности симптомов психического дисбаланса у детей. Стимульным материалом будет являться регистрационный бланк. Бланк включает в себя набор из 42 вопросов. Вопросы интервью построены на основании симптомов критериев А, В, С, D и F шкалы для клинической диагностики ПТСР DSM III - R. Для ответов детей используются шкалы, состоящие из трех пунктов («да -не знаю -нет» либо «никогда -один раз за последний месяц-более одного раза за последний месяц»).

После того, как ребенок ответил на все вопросы, полученные результаты обрабатываются следующим образом: Проводится подсчет баллов по каждому из критериев. Вопросы 1-5, 8, 20-40, 42 оцениваются: 2 балла за ответ «да», 1 балл за ответ «не знаю» и 0 баллов за ответ «нет». Вопросы 6, 7, 9-19 оцениваются: 2 балла за ответ «да, чаще, чем один раз за последний месяц», 1 балл за ответ «да, один раз за последний месяц» и 0

баллов за ответ «нет, никогда». Вопрос 41 оценивается: 2 балла за ответ «нет», 1 балл за ответ «не знаю» и 0 баллов за ответ «да». После общий индекс посттравматической реакции оценивается суммированием баллов по критериям В, С, D и F. Что укажет нам на наличие посттравматического стрессового расстройства ребенка (см. Приложение Б).

3. 16-факторный опросник личности Р.Кеттелла (детский вариант).

Данный тест направлен на оценку индивидуально-психологических особенностей личности. Стимульным материалом будет являться тест, который состоит из 120 утверждений/вопросов. Вопросы состоят из двух частей, разделенных словом «или». Читая вопросы, ребенок выбирает ту часть, которая ему подходит больше. Обозначив свой ответ, на листе цифрой 1 или 2 или же ответив на вопрос.

После того, как ребенок ответит на все вопросы, полученные результаты обрабатываются следующим образом: с помощью ключа, подсчитываются полученные баллы. Затем, с помощью таблицы, баллы переводятся в «стены». Затем подсчитывается количество «стен» в каждом факторе (см. Приложение В).

4. «Клинические опросники для раннего выявления соматизированных психических нарушений» С.Т.Сукиасян, А.М.Минасян. Данный опросник направлен на выявление симптомы астении, депрессии и ипохондрии без учета обследования. Стимульным материалом будет являться регистрационный бланк с утверждениями. Учащемуся предлагаются 39 утверждений, которые необходимо отметить каким-либо знаком, если они ему подходят.

После того, как ребенок отметил утверждения, полученные результаты обрабатываются следующим образом: Подсчитывается количество баллов, полученных испытуемым по каждой шкале: Опросник 1, вопросы 1-13 (опросник астении); Опросник 2, вопросы 14-26 (опросник депрессии); Опросник 3, вопросы 27-39 (опросник ипохондрии).

За каждый положительный ответ начисляется 1 балл. Наличие астении, депрессии или ипохондрии констатируется при результатах 7 и более баллов по каждой шкале. В соответствии с патодинамической структурой нарушения, состоящей из астении, депрессии и ипохондрии в сложном переплетении с телесными ощущениями, выявление по трем опросникам по 7 и более баллов (в сумме 21 и более) указывает врачу на наличие соматизированного психического нарушения. Аналогичные результаты в имеющейся психиатрической литературе свидетельствуют о необходимости специального психиатрического обследования (Приложение Г).

5. Методика «Незаконченные предложения». Данная методика составлена по аналогии с оригинальной методикой незаконченных предложений Сакса и Леви и направлена на выявления критериев, дискомфорт в которых может влиять на самочувствие и психологическое здоровья ребенка. Стимульным материалом будет являться бланк, включающий в себя 30 предложений, которые ученику предстоит дополнить. После того, как ребенок дополнил все предложения, полученные результаты обрабатываются следующим образом: подсчитываются количество отрицательных дополнений по пяти критериям, количество которых может указать на наличие дискомфорта в одном или нескольких сферах (Приложение Д).

6. Проективная методика «Семья животных». Данная методика предлагает ребенку нарисовать воображаемую семью животных. Данный рисунок — это символическое представление об отношениях в семье каждого её члена. Это так называемый психологический портрет семьи, позволяющий установить степень гармоничности семейных отношений, характер основных семейных конфликтов. Стимульным материалом будут являться чистый лист и цветные карандаши.

После того, как ребенок закончил рисовать рисунок, ему задаются уточняющие вопросы: Кто здесь нарисован? Где они находятся? Чем они сейчас заняты? И т.д. После того, как все уточняющие вопросы были заданы,

полученные результаты обрабатываются следующим образом: при интерпретации рисунка специалист обращает внимание на то, с каким животным ребенок соотнес каждого члена семьи (хищное, травоядное, домашнее, дикое, опасное, безопасное и т.д.). Какого расположение животных на листе (близко друг к другу или нет). Как они расположены по отношению к друг другу. После чего возможно будет предположить об гармоничности семейных отношений ребенка (Приложение Е).

7. Методика исследования самооценки Дембо–Рубинштейн. Данная методика направлена на исследование самооценки учащегося. Стимульным материалом будут являться бланк, который включает в себя 7 вертикальных шкал, каждой из которых соответствует свой критерий. Верхний край шкал соответствует идеальному представлению о критериях (10 б.), нижний соответствует отрицательному (0 б.). Учащемуся нужно обозначить место на этой линии, которое, по его мнению, соответствует его текущему уровню чертой (х). То, каким уровнем развития качества он был бы удовлетворен, нужно обозначить чертой (-) (Приложение Ж).

2.2 Анализ полученных данных

В исследовании принял участие ученик четвертого класса в возрасте 9 лет. Ребенок высказывал недовольство своим эмоциональным и физическим самочувствием, в виду чего за учеником было организовано наблюдение.

Анализ методики «Карта наблюдений Стотта»

Опираясь на карты наблюдений, (таблица 4 в приложении А), наблюдение за учеником длилось 5 учебных дней. Ниже описаны результаты с самым максимальным балом, полученным по критерию за время наблюдений.

Методика помогла выявить следующие результаты: критерий НД (недоверие к новым людям) набрал 3 из 21 балла, критерий Д (депрессия) набрал 10 из 31 балла, критерий У (уход в себя) набрал 6 из 19 баллов,

критерий ТВ (тревожность по отношению к взрослым) набрал 5 из 21 балла, критерий ВВ (враждебность по отношению ко взрослым) набрал 3 из 38 баллов, критерий ТД (тревожность по отношению к детям) набрал 1 из 21 балла, критерий А (асоциальность) набрал 10 из 22 баллов, критерий Н (неугомонность) набрал 4 из 12 баллов, критерий ВД (враждебность по отношению к другим детям) набрал 2 из 15 баллов, критерий ЭН (эмоциональное напряжение) набрал 5 из 17 баллов, критерий НС (невротические симптомы) набрал 4 из 11 баллов, критерий С (неблагоприятные условия среды) набрал 1 из 7 баллов, критерий УО (умственная отсталость) набрал 1 из 9 баллов, критерий Б (болезни и органические нарушения) набрал 2 из 16 баллов. Наибольший коэффициент дезадаптации равен 54 балла.

Данная методика позволила выяснить выраженность отдельных качеств в процентном соотношении: критерий Д (депрессия) отметил 32%, что является заметно выраженным качеством. Критерий У (уход в себя) отметил 31%, что является заметно выраженным качеством. Критерий А (асоциальность) отметил 45%, что является сильно выраженным качеством. Критерий Н (неугомонность) отметил 33 %, что является заметно выраженным качеством. Критерий ЭН (эмоциональное напряжение) отметил 29%, что является заметно выраженным качеством. Критерий НС (невротические симптомы) отметил 36%, что является заметно выраженным качеством.

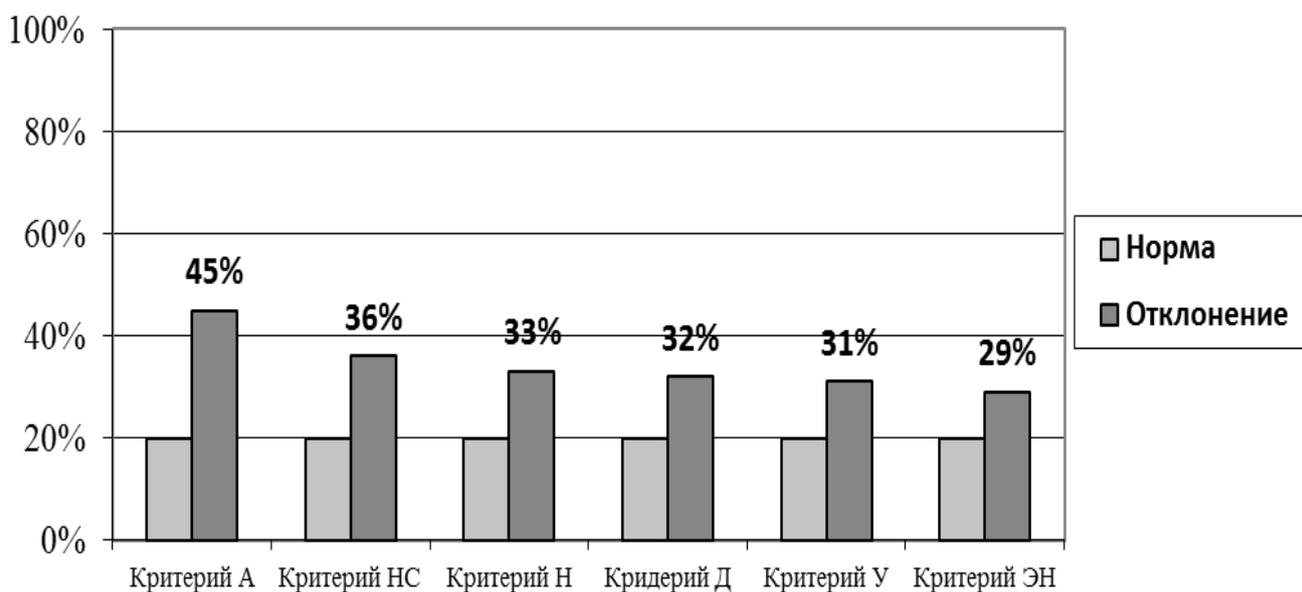


Рис.1. Выраженность отдельных качеств в процентном соотношении

В ходе констатирующего эксперимента было выявлено, что критерий асоциальности находится на отчетливо выраженном уровне. Этот уровень характеризует неуверенность ребенка в одобрениях взрослых, отсутствие стараний или заинтересованности в отношениях со взрослыми. Подобный уровень данного критерия характерен для детей из неблагополучных, асоциальных или же безразличных семей, в которых дети не могут в полной мере усвоить общественные рамки и требования.

Критерий, обозначающий невротические симптомы так же находится на заметно выраженном уровне. Под ним следует понимать, что невротические симптомы, такие как тики, беспорядочная речь, частое моргание, и т.д., визуально заметно выражены.

На достаточно выраженном уровне фигурирует критерий неугомонности, характеризуемый как нетерпеливость, неприспособленность к работе, требующей усидчивости, концентрации внимания и размышления. Ребенок склонен к кратковременным и легким усилиям, а также к избеганию долговременных усилий. В данном случае мы полагаем, что повышение уровня неугомонности было спровоцировано другим фактором, а именно выраженным уровнем депрессии (критерий Д), поскольку родители, учителя и сам учащийся акцентировали внимание на пониженный уровень внимания

и трудность размышлений. Подобный уровень данного критерия характерен для депрессивного-физиологического истощения индивида.

Критерий У (уход в себя) находится на таком же уровне, что и предыдущий критерий. Этот уровень характеризует избегание контакта с людьми, реакцию защиты по отношению к любым контактам с людьми, неприятие проявляемого к индивиду чувства симпатии; любви. Подобный уровень данного критерия характерен для детей, страдающих от недостатка внимания и удовлетворения потребности в общении.

Критерий эмоционального напряжения ярко демонстрирует то, что ребенок испытывает серьезные страхи, эмоционально не зрел и напряжен.

Анализ методики «Полуструктурированное интервью для оценки травматических переживаний детей» Н.В.Тарабриной

Данная методика включает в себя вопросы по всем четырем критериям, описанные в таблице 5 (приложение Б). Исходя из результатов методики, мы можем диагностировать наличие у ученика возросший уровень возбудимости, на это нам указывает критерий «D» по вопросам которого ребенок набрал 14 баллов из 20. Далее, мы можем отметить наличие «избегания», по данному критерию «С» ребенок набрал 12 баллов из 22. Возможно наличие навязчивого воспроизведения, т.к. критерий «В» выявил 10 баллов из 18. На средний уровень интенсивности негативных переживаний нам указал критерий «А», по которому ребенок набрал 5 баллов из 10. Также мы отметили низкий уровень нарушения функционирования, по данному критерию «F» ребенок набрал 5 баллов из 14. Суммируя баллы по критериям В, С, D и F, мы выявили средний уровень индекса посттравматической реакции, который равен 41 из 74 баллов.

Обращая внимание на вышесказанное, можно изобразить гистограмму

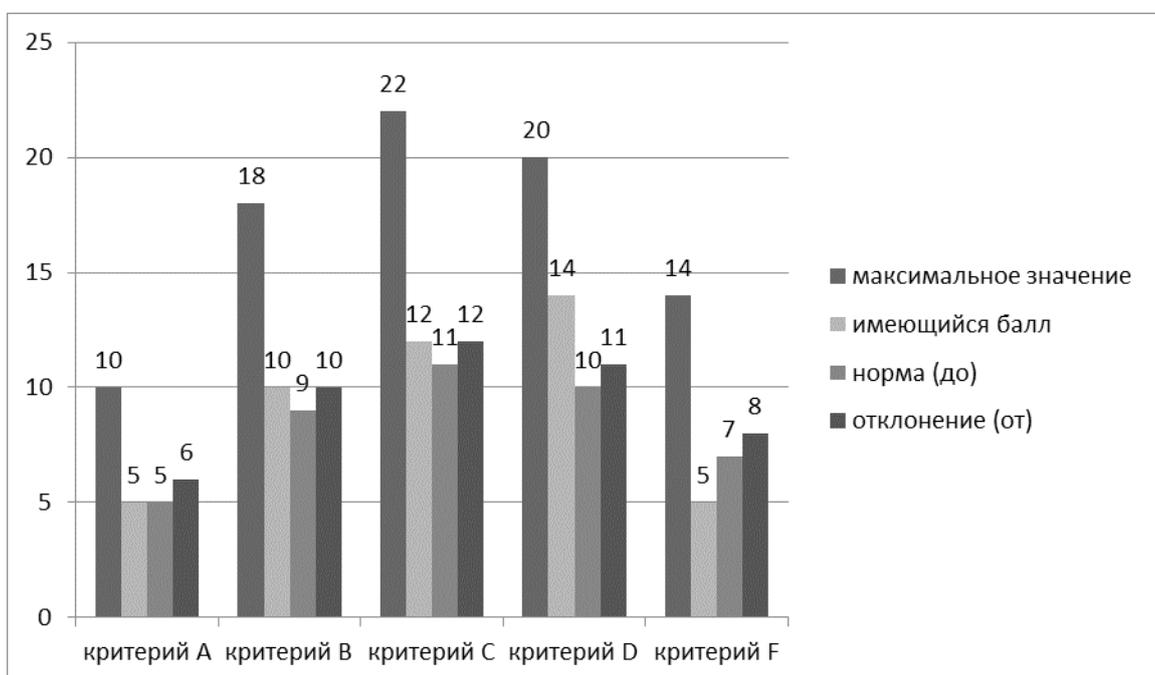


Рис.2. Баллы критериев выраженности симптомов психического дисбаланса

Как мы видим из рисунка 2, наибольший балл набрал критерий D отмечающий возросшую возбудимость. Вопросы по данному критерию направлены на выявления нарушений сна, эмоциональной стабильности и памяти, ответы на которые позволяют отметить характер нарушения. Критерий С указывает на наличие избегания, он характеризуется отстранением от людей, избеганием травмирующих воспоминаний и кажущейся сменой обстановки. Следующим по величине отмечен критерий В указывающий на навязчивые воспроизведения. Критерий характеризуется вопросами, направленными на интенсивность воспроизведения травмирующих воспоминаний. Критерий А указал нам на интенсивность переживаний ребенка, в момент травмы. Вопросы критерия построены таким образом, чтобы выявить чувство, которое испытывал ребенок и силу его переживания. Критерий F направлен на выявление изменения в поведении ребенка. Средний уровень индекса посттравматической реакции ориентирует нас в отношении психического дисбаланса ребенка.

Анализ методики «16-факторный опросник личности Р.Кеттела»

Данная методика (приложение В) позволила установить индивидуальные особенности ребенка на основе следующих результатов: Фактор А набрал 7 стенов, что говорит о ребенке, как об общительном и позитивном человеке. Фактор В (6 стенов) свидетельствует о высокой степени сформированности интеллектуальных функций. Фактор С, имеющий 8 стенов, указывает на уверенность ребенка в себе. Фактор D (1 стенов) говорит о флегматичности, сдержанности и неторопливости ребенка. Фактор Е показал 5 стенов, что характеризует ребенка как послушного, зависимого и уступчивого человека. Результат по фактору F (6 стенов) отмечает склонность к риску и беспечности. Фактор G набрал 9 стенов, что указывает на добросовестность, исполнительность и ответственность. Фактор H (4 стенов), что свидетельствует о наличии робости, застенчивости и чувствительности к угрозе в отношениях со взрослыми. По фактору I (5 стенов) можно отметить реалистичность и практичность ребенка. Фактор O, имеющий 3 стенов, говорит о ребенке, как о безмятежном, спокойном и оптимистичном человеке. Фактор Q3, набравший 5 стенов, характеризует у ребенка низкий самоконтроль, плохое понимание социальных нормативов. По фактору Q4 (6 стенов) мы отмечаем преобладание нервного напряжения в поведении, избыток побуждений, которые не находят разрядки.

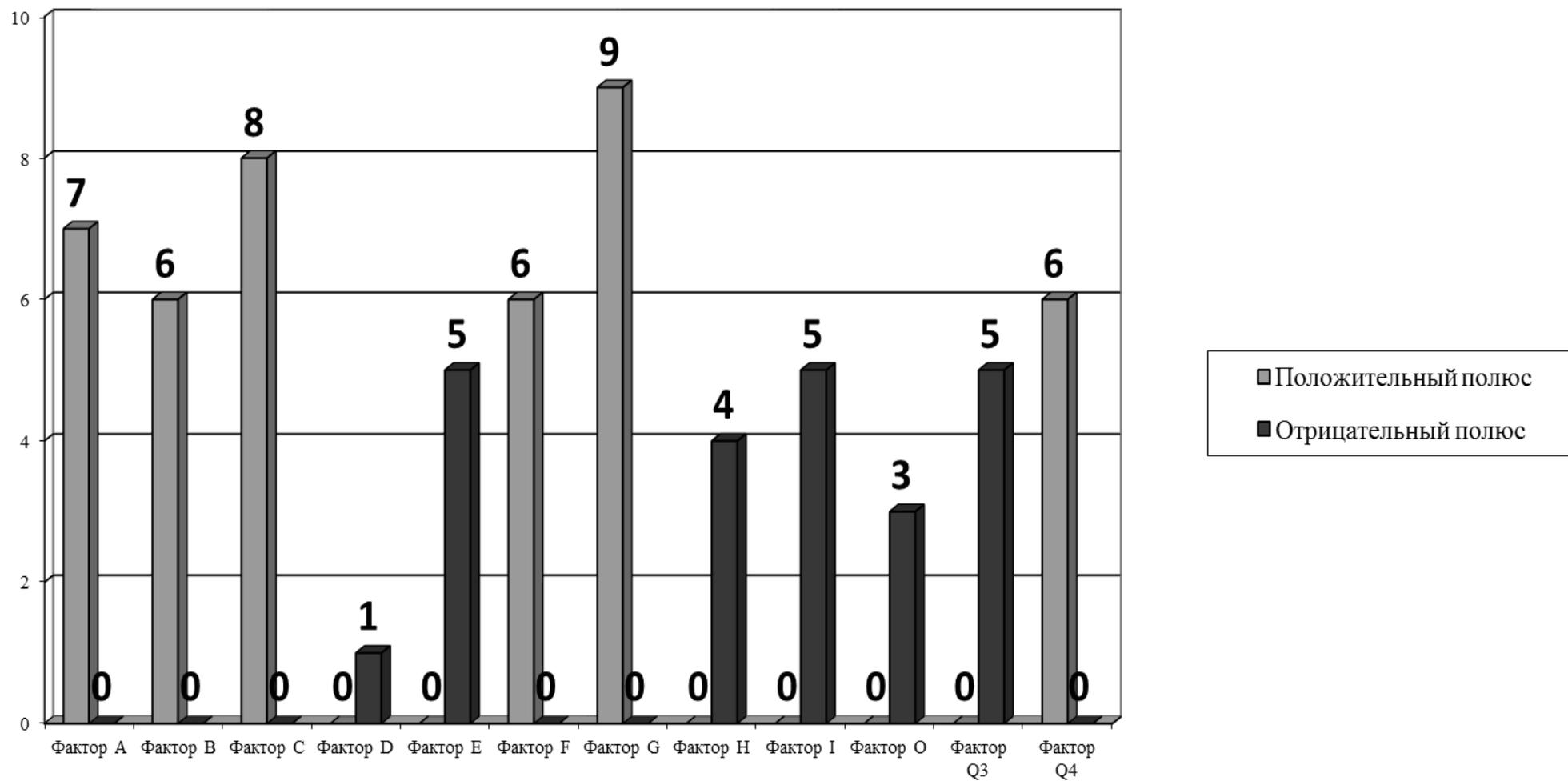


Рис.3. Стены критериев, определяющие индивидуальные особенности ребенка

Анализ методики «Клинические опросники для раннего выявления соматизированных психических нарушений» С.Т.Сукиасян, А.М.Минасян

Опросники помогли нам предположить о наличие у ребенка астении, депрессии и ипохондрии (приложение Г). Опросники представлены в приложении А. После обработки полученного материала мы получили следующие результаты: минимальный балл, при котором констатируется наличие у ребенка астении, депрессии или ипохондрии равен 7 и более баллов по каждой шкале. Сумма, полученная по опроснику астении равна 9 баллам, что составило 69%. Сумма опросника депрессии 8 баллам, что составило 61%. И сумма опросника ипохондрии равна 12 баллов, что составило 92%. В соответствии с патодинамической структурой соматического и психического нарушения, состоящей из астении, депрессии и ипохондрии в сложном переплетении с телесными ощущениями, выявление по трем опросникам по 7 и более баллов (в сумме 29) ориентирует нас в отношении наличия у ребенка соматизированного психического

нарушения.

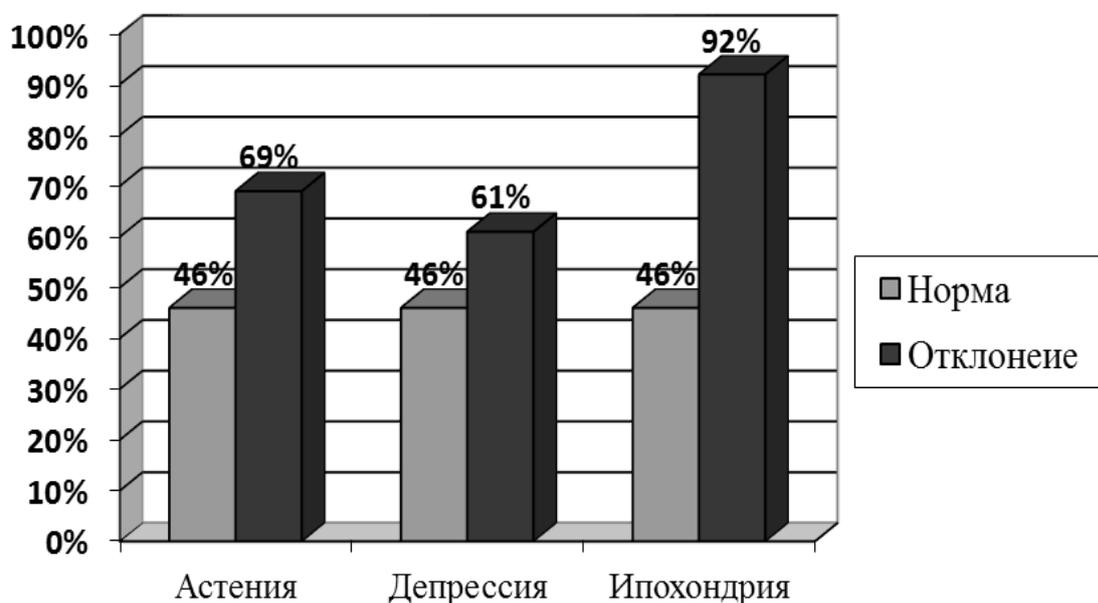


Рис.4. Процент соматизированных психических нарушений

Анализ методики «Незаконченные предложения»

Мы выяснили, что наибольшее количество отрицательных дополнений (приложение Д), набрал критерий «Q», имеющий отношение к семейной сфере, 6 отрицательных дополнений из 10 предложений. Все критерии представлены в приложении Д. Далее, вторым по количеству отрицательных дополнений, стал критерий «С», отвечающий за соматическое проявление. Критерий набрал 3 отрицательных дополнений из 4 предложений. Третьим стал критерий «А», отвечающий за нарушение сна, набравший 3 из 5 отрицательных дополнений. Четвертое место по количеству отрицательных дополнений занял критерий «D», указывающий на использование защитных механизмов, набрав 3 отрицательных дополнения из 6 предложений. На пятом месте мы установили критерий «B», указывающий на уровень

тревожности ребенка, набравший 2 отрицательных дополнений из 6 предложений.

В процентном соотношении критерии набрали следующие результаты: Критерий «Q» 60%; Критерий «С» 75%; Критерий «А» 60%; Критерий «D» 50%; Критерий «В» 33%.

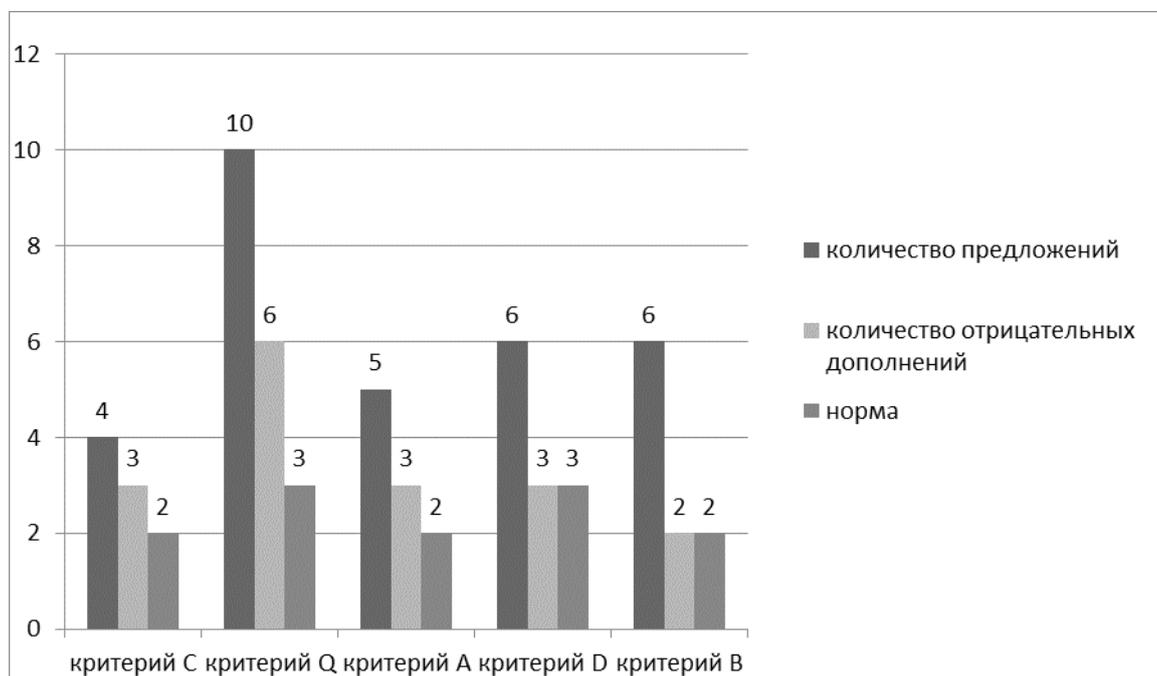


Рис.5. Количество отрицательных дополнений (в баллах)

Анализ методики «Семья животных»

Методика помогла нам определить общее психическое состояние ребенка и его эмоциональные проблемы (приложение Е). При обработке результатов мы обращали внимание на такие детали как: сила нажима на карандаш, отсутствие деталей головы, штриховая линия, размеры рисунка, расположение рисунка на листе, характер животного, характер отношений между животными и их размер. Обращая внимание на приложение Б, а точнее на таблицу 3, можно изобразить гистограмму.

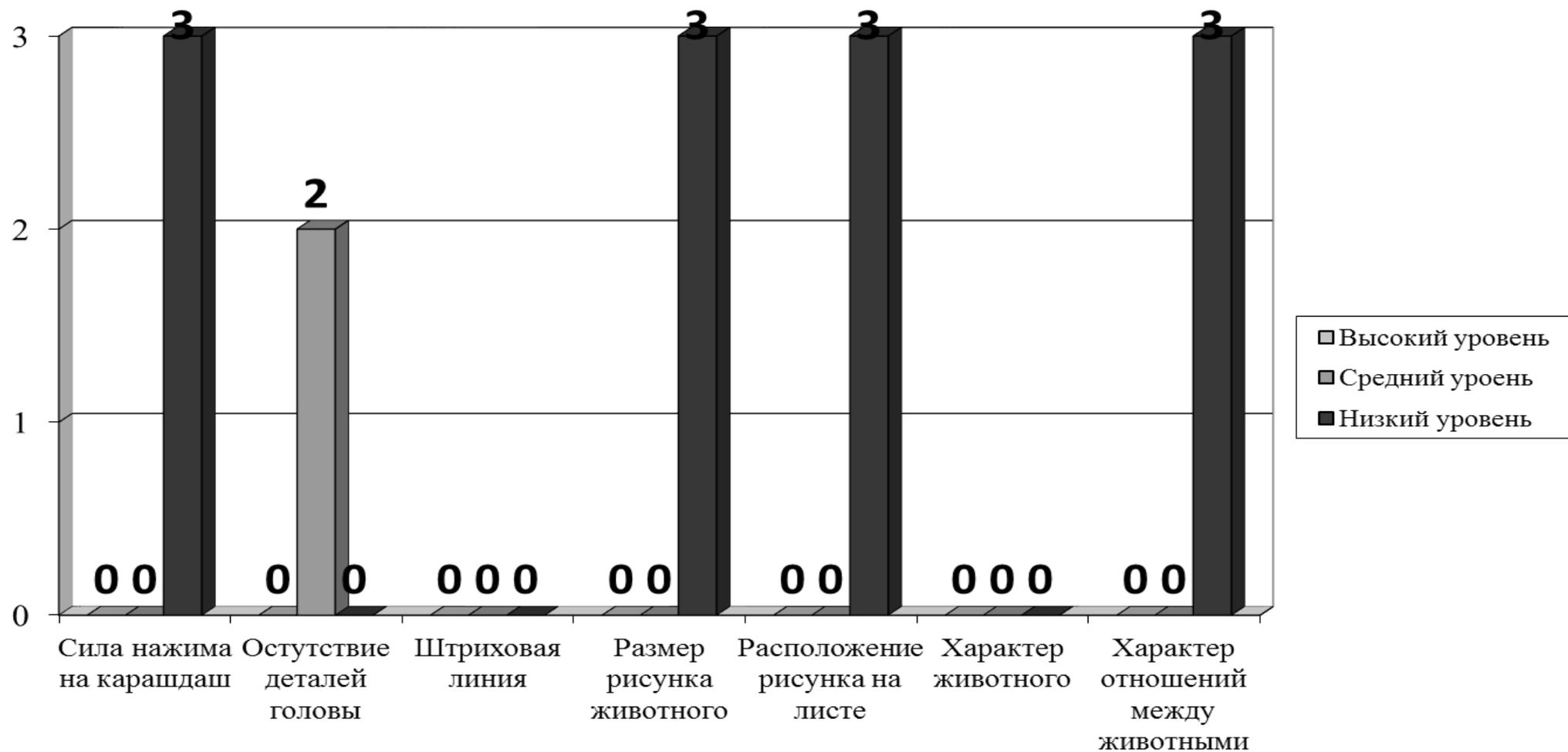


Рис.6. Количество отрицательных баллов по критериям

Интерпретация значений: чем выше общий балл отмеченный по критериям, тем ниже уровень гармоничности семейных отношений ребенка

Анализ методики «Дембо –Рубинштейн исследование самооценки»

Данная методика помогла нам определить уровень самооценки ребенка (приложение Ж). При обработке результатов мы обращали внимание на значения семи шкал, на которых ребенок отмечал на каком уровне он находится в данный момент времени: здоровье, умственные способности, характер, авторитет у сверстников, уверенность в себе, внешность и умение делать своими руками.

Обращая внимание на Приложение 3 , а точнее на Таблицу 8, можно изобразить гистограмму.

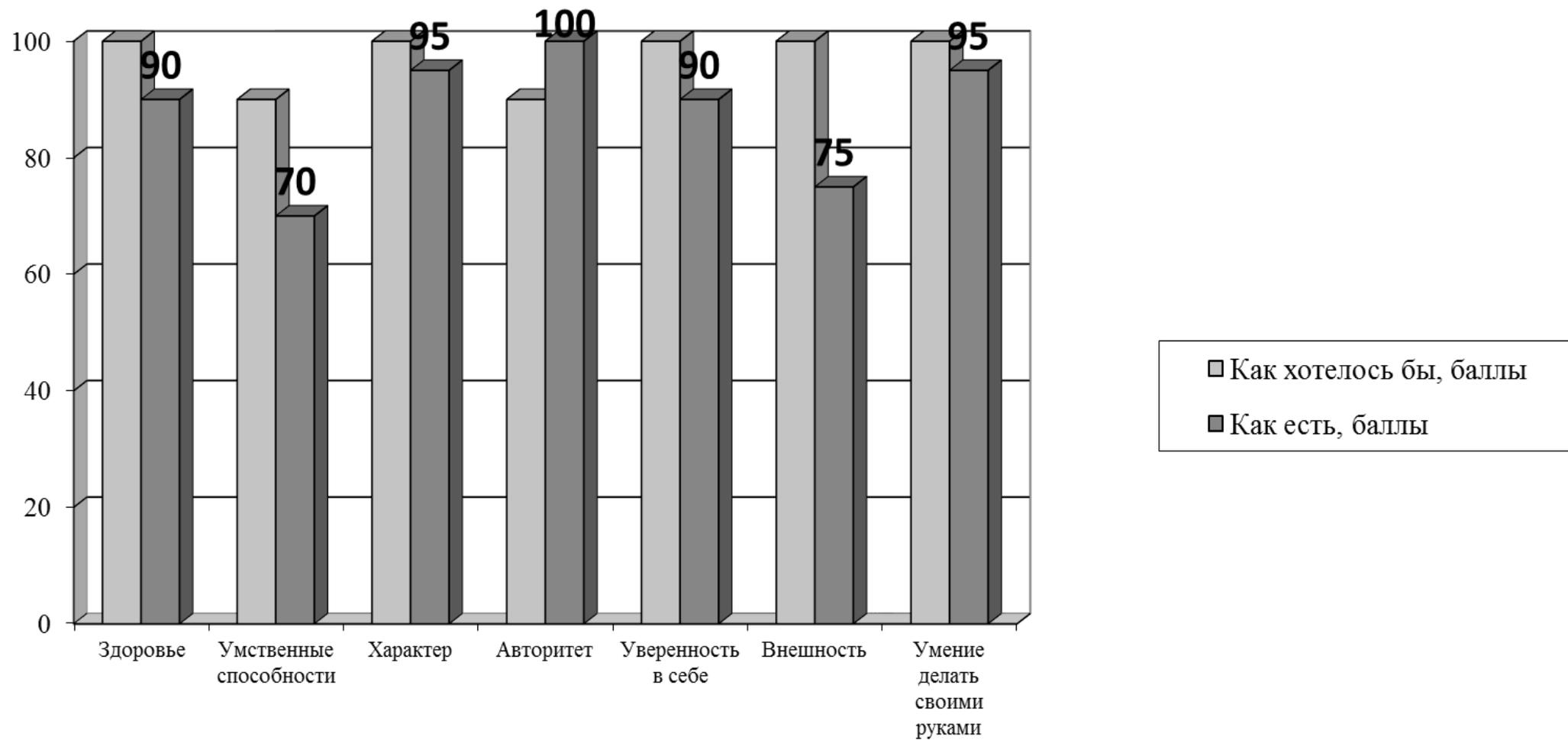


Рис.8. Уровень самооценки качества

Таким образом, проанализировав проведенные методики, мы можем констатировать, что у исследуемого ребенка обнаружен факт наличия психической травмы. Перед проведением исследования мы предположили, что у ребенка присутствует тревожность (рисуночный тест «Семья животных», «Полуструктурированное интервью для оценки травматических переживаний детей»), но оказалось, что кроме тревожности мальчик переживает депрессию («Клинические опросники для раннего выявления соматизированных психических нарушений», карта наблюдений Стотта) и другие негативные эмоции. О наличии соматических проявлений и нарушений сна нам свидетельствуют показатели таких методик, как Полуструктурированное интервью для оценки травматических переживаний детей», «Клинические опросники для раннего выявления соматизированных психических нарушений». Об ухудшении социального поведения нам говорит наличие девиаций, на что указывают карта наблюдений Стотта и 16-факторный опросник личности Р.Кэттелла.

2.3. Разработка программы по коррекции психологического баланса ребенка, переживающего психотравму

Исходя из результатов констатирующего эксперимента нашего исследования, мы выявили наличие психологической травмы у ученика 4 класса Е.Б. Следовательно, ребенку нужна помощь в виде коррекционной работы, чтобы устранить психологический дисбаланс и снизить уровень тревожности.

Оптимальной формой работы с ребенком будет являться индивидуальные занятия. Такая организация позволит создать благоприятную атмосферу для формирования доверия к терапевту, позитивного настроения и активного вовлечения в работу. Так же является необходимой просветительская работа с родителями и учителями, в ходе которой они получают информацию о том, как содействовать созданию

благоприятного, для ребенка, психологического климата в семье и в классе и внести вклад в реабилитацию школьника.

Программа (см. приложение 3) представляет собой систему индивидуальных встреч, которые включают элементы игровой терапии, проективных методов, и психоанализа.

На первом этапе составления программы мы определили ее цель и задачи.

Цель программы: коррекции психологического баланса младшего школьника.

Таблица 2

Психологическая матрица занятий для младшего школьника

Область психологической реальности	Задачи		
	Устранение психосоматических симптомов	Снижение уровня тревожности	Снижение интенсивности травматических переживаний
Когнитивная сфера	расширение представлений о взаимосвязи психики и тела	расширение представлений о возникновении тревоги	расширение представлений о своих сильных и слабых сторонах; - самопознание и саморазвитие; - способствовать пониманию своих внутренних переживаний
Эмоциональная сфера	формирование позитивного самопринятия	научиться контролировать уровень тревоги	создать условия для проявления позитивных эмоций
Поведенческая сфера	формирование распорядка дня	развитие навыков релаксации	Развитие навыков рефлексии

Далее мы определили временные рамки для проведения программы. Цикл состоит из 10 занятий по 40 минут каждое, количество встреч в неделю с интервалом в 2-3 дня составляет две встречи.

Следующим этапом нашей работы было выделение основных этапов занятий, определение содержания каждого этапа и подборе соответствующих техник и упражнений.

Программа занятий включает три этапа:

1. Ориентировочный (2 занятия)
2. Развивающий (6 занятий)
3. Закрепляющий (2 занятия)

Задачи первого этапа:

1. Знакомство с учеником
2. Установление доверительной связи
3. Создание благоприятного эмоционального фона, раскрепощение ребенка
4. Формирование у школьника интереса к терапевтической работе

Задачи второго этапа:

1. Обучить выполнять релаксационные упражнения
2. Научить контролировать уровень тревоги
3. Развить навык рефлексии
4. Развитие внутренних ресурсов как средства саморегуляции
5. Расширение представлений о взаимосвязи психики и тела
6. Расширение представлений о своих сильных и слабых сторонах
7. Формирование распорядка дня

Задачи третьего этапа:

1. Диагностика уровня первоначальных симптомов
2. Закрепление представлений полученных в ходе занятий
3. Отработка навыков и умений, сформированных в ходе занятий
4. Создание позитивного настроения и завершение работы

Следующим шагом нашей работы стало определение структуры занятия. Каждое занятие построено по определённой схеме: приветствие, разминка, основная часть, обратная связь, прощание.

Целью приветствия и разминки является снятие эмоционального напряжения ребенка и создание благоприятного эмоционального фона для проведения занятия.

В ходе основной части реализуется главная цель тренинга, выполняется основное упражнение.

В заключительной части занятия (обратная связь, подведение итогов) происходит снятие усталости, возможного напряжения и подведение итогов. В каждом занятии присутствует ритуал приветствия и обмен впечатлениями, полученными в период прошедшего времени для быстрого включения ребенка в работу. Ритуал прощания помогает подвести итог занятия, понять готовность к следующей встрече.

Нами был подобран комплекс занятий, составлено тематическое планирование, представленное в таблице 3.

Таблица 3

Тематическое планирование

Этапы программы	Занятие	Цели, задачи	Техники
Ориентировочный	1 занятие	1) знакомство 2) установление и принятие правил 3) доверительные отношения	Ритуал приветствия «Представление» «Зеркало» «Найди пару» Ритуал прощания
	2 занятие	1) закрепление знакомства; 2) создание комфортного климата.	Ритуал приветствия «Интервью» «Нарисуй своё имя» «Играем» Ритуал прощания
Развивающий	3 занятие	1) Расширение представлений о взаимосвязи психики и тела 2) Развитие внутренних ресурсов как средства саморегуляции	Ритуал приветствия Рисунок себя (с замерами) Карта тела Ритуал прощания
	4 занятие	1) Расширение представлений о своих сильных и слабых сторонах	Ритуал приветствия «Качества» «Каким мне хотелось бы быть»

		2) Развить навык рефлексии	«Что такое рефлексия» «Карусель» «Без маски» Ритуал прощания
	5 занятие	1)Обучить выполнять релаксационные упражнения 2) Снижение уровня тревожности 3)Научить контролировать уровень тревоги	Ритуал приветствия «Задуй свечу» «Лимон» «Силач» «Я и мой мир вокруг меня» Ритуал прощания
	6 занятие	1) Формирование позитивного самопринятия 2) Отработка навыков владения собой в ситуациях, травмирующих ребенка	Ритуал приветствия Работа со сновидениями, игровые техники Ритуал прощания
	7 занятие	1)Проработка травмирующего переживания	Ритуал приветствия Работа со сновидениями, игровые техники, ассоциативные техники Ритуал прощания
	8 занятие	1)Формирование распорядка дня	Ритуал приветствия, беседа, игровая техника. Ритуал прощания
Закрепляющий	9 занятие	1) закрепление полученных знаний, опыта; 2) изменить отношение к травмирующей ситуации .	Ритуал приветствия «Уровень счастья» «Мои трудности» (записывает на листочках жизненные трудности) «Я люблю себя за то что я...» Ритуал прощания
	10 занятие	1) создание позитивного настроения и завершение тренинговой деятельности; 2) закрепить оптимальное отношение к себе;	Ритуал приветствия «Упражнение «ха-ха»» «Спонтанная самопрезентация» «Чемодан» Ритуал прощания

В процессе коррекционных занятий обязательно включать в работу родителей. Это связано с тем, что многие детские психотерапевты считают, что именно семья может наилучшим образом способствовать росту и нормальному развитию ребенка.

Таким образом, составленная программа основана на преимущественно психоаналитическом подходе, включает в себя психоаналитические игровые техники, проективные методы, арт-терапевтические техники, анализ сновидений, мечтаний, ассоциаций. Данная программа может быть использована психологами и психотерапевтами для восстановления психологического баланса у детей младшего школьного возраста.

Выводы по Главе 2

На основе анализа теоретической литературы мы выделили критерии, основываясь на отклонения которых можно предположить о наличии психической травмы, такие как: уровень тревожности; соматические симптомы; нарушение сна и уровень социализации. Констатирующий эксперимент был проведен на конкретном ученике по запросу школы. В качестве диагностической батареи нами были использованы следующие методики: Карта наблюдений Д. Стотта; «Полуструктурированное интервью для оценки травматических переживаний детей»; 16-факторный опросник личности Р.Кеттелла (детский вариант); «Клинические опросники для раннего выявления соматизированных психических нарушений»; Методика «Незаконченные предложения»; Проективная методика «Семья животных»; методика исследования самооценки Дембо–Рубинштейн.

Проведенный констатирующий эксперимент по изучению проявления психической травмы в младшем школьном возрасте позволяет сделать следующие выводы.

Благодаря методике «Полуструктурированное интервью для оценки травматических переживаний детей», мы наблюдаем возросший уровень тревожности ребенка. Поскольку его ответы в тесте, по данному критерию, и ответы в личной беседе идентичны. Ученик указал на нарушение сна, нарушения памяти и самоконтроля, что может свидетельствовать о возникновении или же обострении психического дискомфорта ребенка.

Методика «Клинические опросники для раннего выявления соматизированных психических нарушений» свидетельствует о наличии у ребенка соматико-психического нарушения. Поскольку опросник, диагностирующий симптомы ипохондрии, отметил наибольший балл, набранный учеником. Так же полученные баллы в опросниках, диагностирующих астению и депрессию, превысили допустимую норму баллов, что в сумме по трем опросникам (астении, депрессии, ипохондрии) составило 29 баллов из допустимых 21.

Методика «Семья животных» помогла установить возможность возникновения скрытой агрессии по отношению к членам семьи в виду низкого уровня контактов между ее членами. Это способствует возникновению подавленного состояния и избегание общения. Что существенно сказывается на уровне тревожности, возникновении соматических симптомов, нарушении сна и уровне социализации ребенка. Говоря о социализации, стоит отметить, что основываясь на методике «Карта наблюдений Д. Стотта», мы отметили заметно выраженный уровень асоциальности ребенка, так же данное высказывание подтверждают данные по методике «Тест Кеттела» которые отмечают плохое понимание социальных нормативов.

Социальная сфера напрямую зависит от семейной. Асоциальное поведение, понимание социальных нормативов зависят от воспитания ребенка и усвоение им правил и норм, заложенных домашним окружением. Методика «Незаконченные предложения» указывает на неблагоприятный для ребенка семейный климат, что может служить травмирующим фактором.

Методика «Дембо –Рубинштейн исследование самооценки» помогла установить «высокий» уровень самооценки, но мы склонны полагать, что данный уровень является проявлением защитного механизма в социуме.

Составленная программа основана на преимущественно психоаналитическом подходе, включает в себя психоаналитические игровые техники, проективные методы, арт-терапевтические техники, анализ сновидений, мечтаний, ассоциаций. Данная программа может быть использована психологами и психотерапевтами для восстановления психологического баланса у детей младшего школьного возраста.

Заключение

Проанализировав научную литературу, мы можем дать определение психической травме. Существует множество понятий о психической травме, большое количество ученых, таких как Г.К. Ушаков, Б.А. Воскресенский, В.Н. Мясищев, Ф. Руппер и др., смогли классифицировать это понятие. Многие ученые, имеющие весомый научный авторитет, такие как, З. Фрейд, А.И. Введенский, И.П. Павлов и др., доказывают колоссальные возможности развития этого недуга. Принимая во внимание проанализированные высказывания ученых, можно озвучить следующий тезис. Психическая травма может являться ничем иным как, зачатком, некой отправной точкой в психических расстройствах личности. Этот процесс трансформации может быть достаточно долговременным, годами не проявляя себя чем-то большим, чем нарастающее чувство тревоги, а то и вообще находиться в анабиозе.

Также мы проследили связь психической травмы с психическим здоровьем детей младшего школьного возраста. Возрастные особенности переживания психотравмы рассматривались в трудах Б.Г. Ананьева, Л.С. Выготского, А.Р. Лурия, С.Я. Рубинштейна, Д.Б. Эльконина и многих других. Травмирующие жизненные события часто влекут за собой возникновение стрессов, ухудшение психического здоровья, а затем и возникновение различных психических расстройств и болезней. Психическая травма формируется по определенным законам, а также имеет своеобразные признаки проявления. Она может проявиться сразу, а может долгие годы находится в состоянии покоя. Поэтому нужно обращать внимание даже на, порой незначительные, сигналы психики ребенка, поскольку упущенное время способствует развитию душевного дисбаланса. Так же стоит обращать внимание и на детские страхи, процесс формирования которых заключается в том, что на детский душевный процесс имел возможность оказать давление определенный отрицательно заряженный стимул, в результате чего остался отпечаток в виде психической травмы, которая, конечно же неосознаваемая, в последствии начинает тревожить ребенка, что впоследствии приводит к

невротическому заболеванию. Оно же в свою очередь может проявляться в виде определенных невротических повторений или же ритуалов, которые могут мешать ребенку радоваться спокойной жизни. Нельзя не сказать и о законах формирования ранней (детской) психической травмы, о которых писала И. Млодик. Психическая травма возникает неожиданно, меняет мир человека и ведет к ретравматизации.

На основе анализа теоретической литературы мы выделили критерии, основываясь на отклонения которых можно предположить о наличии психической травмы, такие как: уровень тревожности; соматические симптомы; нарушение сна и уровень социализации. Констатирующий эксперимент был проведен на конкретном ученике по запросу школы. В качестве диагностической батареи нами были использованы следующие методики: Карта наблюдений Д. Стотта; «Полуструктурированное интервью для оценки травматических переживаний детей»; 16-факторный опросник личности Р.Кеттелла (детский вариант); «Клинические опросники для раннего выявления соматизированных психических нарушений»; Методика «Незаконченные предложения»; Проективная методика «Семья животных»; методика исследования самооценки Дембо–Рубинштейн.

Проанализировав проведенные методики, мы можем констатировать, что у исследуемого ребенка обнаружен факт наличия психической травмы. Перед проведением исследования мы предположили, что у ребенка присутствует тревожность (рисуночный тест «Семья животных», «Полуструктурированное интервью для оценки травматических переживаний детей»), но оказалось, что кроме тревожности мальчик переживает депрессию («Клинические опросники для раннего выявления соматизированных психических нарушений», карта наблюдений Стотта) и другие негативные эмоции. О наличии соматических проявлений и нарушений сна нам свидетельствуют показатели таких методик, как Полуструктурированное интервью для оценки травматических переживаний детей», «Клинические опросники для раннего выявления соматизированных

психических нарушений». Об ухудшении социального поведения нам говорит наличие девиаций, на что указывают карта наблюдений Стотта и 16-факторный опросник личности Р.Кэттелла.

Составленная программа основана на преимущественно психоаналитическом подходе, включает в себя психоаналитические игровые техники, проективные методы, арт-терапевтические техники, анализ сновидений, мечтаний, ассоциаций. Данная программа может быть использована психологами и психотерапевтами для восстановления психологического баланса у детей младшего школьного возраста.

Список используемых источников

1. Абрамова Г. С. Возрастная психология: Учеб. пособие для студ. вузов. 4-е изд., стереотип. М.: Издательский центр «Академия», 1999. 672 с.
2. Александровский Ю.А. Глазами психиатра, второе, дополнительное издание, М.: Советская Россия, 1985. 256 с.
3. Александровский Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация. М.: Наука, 1976. 272 с.
4. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1993. 400 с.
5. Блонский П. П. Психология младшего школьника. М., Воронеж: МОДЭК, МПСИ, 2006.
6. Божович Л. И. Личность и ее формирование в детском возрасте. (Психологическое исследование.) М., Просвещение, 1968. 464 с. (Акад. пед. наук СССР).
7. Божович Л. И. Проблемы формирования личности: избранные психологические труды / Под ред. Д. И. Фельдштейна. Москва; Воронеж: Ин-т практической психологии, 1995.
8. Берн Э., Введение в психиатрию и психоанализ для непосвященных. С-Петербург, 1994. 432 с.
9. Брене Б.: Все из-за меня (но это не так). Правда о перфекционизме, несовершенстве и силе уязвимости/ Букша К., перевод на русский язык. ООО Издательская Группа Азбука-Аттикус, 2014.
10. Буянов М.И., Беседа о детской психиатрии: Кн. для учителя.: Просвещение, 1986. 208с.
11. Василюк Ф.Е. Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций. М.: Изд. Московского университета 1984
12. Василюк Ф.Е. Жизненный мир и кризис: типологический анализ критических ситуаций // Журнал практической психологии и психоанализа, №4 декабрь 2001

- 13.Виолайф. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://wiolife.ru/psihologiya/psihoterapiya/priznaki-psihicheskoy-travmy>
- 14.Выготский Л.С. Психология развития ребенка.М.: Смысл, 2004. 512 с.
- 15.Гериш А. Г., Баженов Н. Н. Большая медицинская энциклопедия / Б. В. Петровский. 3-е изд. М.: Советская энциклопедия, 1981. Т. 2.
- 16.Головин С.Ю. словарь психолога практика.2-е изд., перераб. и доп. Мн.: Харвест, 2007. 976 с. (Библиотека практической психологии).
- 17.Гиндикин В.Я. Справочник. Соматогенные и соматоформные психические расстройства, изд:Триада-Х 2000
- 18.Зверева Н.В. Клиническая психология детей и подростков: учебник для студ. учреждений высш. проф. образования. Т.Г. Горячева. М.: Издательский центр Академия, 2013.272с.(Сер.Бакалавриат).
- 19.Калшед Д. Внутренний мир травмы: Архетипические защиты личностного духа: Пер. с англ. М.: Академический Проект, 2001.368 с.(Концепции)
- 20.Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия. 3-е изд. Изд: Питер 2002
- 21.Кляйн М. Психоаналитическая игровая техника: ее история и значение (источник: https://www.psychol-ok.ru/lib/klein/pitis/pitis_01.html)
- 22.Копытин А.И. Арт-терапия детей и подростков. Когито-Центр, 2007
- 23.Копытин А.И. Арт-терапия новые горизонты / Под ред. А.И. Копытина. - М.: Когито-Центр, 2006. - 336 с.
- 24.Клиническая психология. / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. СПб. 2003. 1312 с.
- 25.Ковалев В.В. Ситуационные реакции, проявляющиеся в нарушениях поведения, как форма психогенных (реактивных) расстройств у детей и подростков. //Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 1979. N 10. С. 1386-1391.
- 26.Конспект-online. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://webkonspekt.com>

27. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия: Учебник. М.: Медицина, 1995. 608 с.; ил. [Учеб. лит. Для студентов мед. вузов]
28. Крайг Г. Психология развития, СПб, 2005
29. Лангмейер Й., Матейчек З. Психическая депривация в детском возрасте. Авиценум, Прага, 1984, (с.17-60, 244-258).
30. Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К. Медицинская психология. 2-е и перераб. и доп. М.: Медицина, 1984, 272 с, ил.
31. Левин П.А., Фридрих Э. Пробуждение тигра — исцеление травмы. Природная способность трансформировать экстремальные переживания. Издательство АСТ, 2007
32. Линдемманн Э., Клиника острого горя / Э. Линдемманн. Психология эмоций. Тексты / Под ред. В.К. Вилюнаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984.
33. Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации. М.: Изд-во Эксмо, 2006. 960 с. (Справочник практического психолога).
34. Мир психологии. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.persev.ru/druzhba>
35. Митина Л.М. Учитель как личность и профессионал. М.: Дело, 1994. 216 с.
36. Муздыбаев К. Стратегия совладания с жизненными трудностями // Журнал социологии и социальной антропологии. 1998, том 1, вып. 2
37. Мухина В.С.. Возрастная психология. Феноменология развития: учебник для студ. высш. учеб. заведений / 10-е изд., перераб. и доп. М.: Издательский центр Академия. - 608 с.. 2006
38. Мясищев В.Н. Психология отношений: Избранные психологические труды (под ред. Бодалева А. А) М.: Модэк МПСИ, 2004.
39. Национальная психологическая энциклопедия. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://vocabulary.ru/termin/travma-psihicheskaja.html>
40. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. СПб.: изд.- Речь

41. Новые аспекты психотерапии посттравматического стресса: Метод, рекомендации / Сост. М.Ш. Магомед-Эминов и др. Харьков, 1990. 32 с.
42. Осипова А.А. Общая психокоррекция. Учебное пособие. М.: Сфера, 2002. 510 с.
43. Осорина М. Секретный мир детей в пространстве мира взрослых: Питер; СПб.; 2011. 69 с.
44. Павлов И.П. Полное собрание трудов. М. Л.: Изд-во АН СССР, 1946. Т. 2.
45. Петрановская Л.В. Тайная опора: привязанность в жизни ребенка / Москва: Издательство АСТ, 2017. 288 с.
46. Прохоров А.О. Психология неравновесных состояний // М.: Институт Психологии РАН, 2008.
47. Психология. Словарь / Под ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского М.: Политиздат, 1990. 449 с.
48. Пушкина Т. П., Медицинская психология / Т. П. Пушкина. Медицинская психология. (Методические указания). / Автор-составитель Т. П. Пушкина. Новосибирск: Научно-учебный центр психологии НГУ, 1996.
49. Реан А.А., Психология человека от рождения до смерти. - СПб.: ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК, 2002. - 656 с. (Серия Психологическая энциклопедия).
50. Решетников М.М., Психическое расстройство. Лекции/СПБ.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2008. -272с.
51. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. СПб.: Питер, 2001. 720 с.
52. Руководство по психотерапии. Под ред. В.Е. Рожнова. 2-е изд., Т.: 1979. 620 с.
53. Рустанович А.В., Шамрей В.К. Семиотика и диагностика психических расстройств: Учебное пособие. СПб: ВМедА, 1995. 79 с.
54. Семичев С.Б. Теория кризисов и психопрофилактика. Л.1972
55. Свядощ А.М. Неврозы. М.: Медицина, 1982. 336 с.
56. Сметанников П.Г. Психиатрия: Краткое руководство для врачей. СПб.: Изд-во СПбМАПО, 1994. 304 с.

57. Тарабрина Н.В., Практикум по психологии посттравматического стресса/ СПб: Питер, 2001. 272 с: ил. (Серия Практикум по психологии).
58. Фoa Э.Б., Кин Т.М., Фридман Дж. М. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства. М., 2005.
59. Форум всестороннего сотрудничества психотерапевтов. [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://www.iper1k.ru/images/files/Анатомия_психотравмы_боль_болезнь_и_исцеление_БЕГОЯН_A.pdf
60. Франселла Ф., Баннистер Д. Новый метод исследования личности. М.: Прогресс, 1987. с.31.
61. Фрейд А. Детский психоанализ. СПб.: Питер, 2003. 477 с. (Серия Хрестоматия по психологии).
62. Фрейд З. Исследования истерии//Собр.соч. в 26-ти тт. -Под Ред. Решетникова М. и Мазина В.-СПб: Восточно-Европейский Институт Психоанализа. -2006.
63. Фрейд З. Психоанализ детских страхов/ пер. с нем. А.М. Боковой. СПб.: Азбука, Азбука-Аттикус, 2017. 288 с. (Азбука-классика. Non-Fiction).
64. Фрейд З. Введение в психоанализ: лекции; пер. с нем. Г.В. Барышниковой; под ред. Е. Е. Соколовой и Т.В. Родионовой. СПб.: Азбука, Азбука-Аттикус, 2017. 448 с. (Мировая классика).
65. Фрейд З. Психопатология обывденной жизни. Толкование сновидений. Пять лекций о психоанализе: [перевод с немецкого] Москва: Издательство Э, 2017. 608 с. (Библиотека избранных сочинений).
66. Фрейд З., Брейер Й., Исследования истерии. Перевод Сергей Панкова – ВЕИП.: Санкт-Петербург, 2005. (Серия: Собрание сочинений в 26 томах)
67. Черепанова Е. Психологический стресс. Помоги себе и ребенку. М. 1997
68. Чибисов В. Либи́до с кукушкой. Психоанализ для избранных. Москва: Издательство АСТ, 2018. 480 с.
69. Шарко, Жан Мартен (1825-1893). Клинические лекции по нервным болезням / Prof. Charcot; Пер. Лидии Ковалевской; Под ред. э.о. проф. П.И. Ко-

- валевского. Харьков: Арх. психиатрии, нейрол. и судеб. психопатологии, ценз., 120 с. : ил.; 21.
70. Шмелев А.Г. Психодиагностика личностных черт. СПб.: Речь, 2002. с. 36.
71. Щербатых Ю. В. Психология стресса и методы коррекции. СПб.: Питер, 2006.
72. Эльконин Д.Б. Детская психология. М.: Академия, 2006. 384 с.
73. Эриксон Э. Детство и общество -Изд. 2-е, перераб. и доп. / Пер. с англ. СПб.: Ленато, АСТ, Фонд Университетская книга, 1996. 592 с.
74. Classicalhypnosis. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://classicalhypnosis.ru/stati-o-fobiyah/psihologicheskaya-travma.html>
75. Cyberleninka. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/v/psihicheskaya-travma-v-opredeleniyah-i-ponyatiyah-sovremennyh-uchenyh>
76. Dissercat -электронная библиотека диссертаций. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.dissercat.com/content/perezhivanie-travmiruyushchego-sobytiya-kak-problema-psikhologii-lichnosti>
77. Realfaq. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://realfaq.ru/categories/microreview>
78. Livejournal. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://lind-eit.livejournal.com/59045.html>
79. Psychologytoday. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://psychologytoday.ru/public/sozidateli-lichnykh-katastrof-ili-kak-pozvolit-sebe-schaste-rabota-s-ranney-travmoy/>
80. Psy-practice. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://psy-practice.com/publications/travmy/psikhicheskaya-travma-zigmund-freyd/>
81. Studfiles. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://studfiles.net/preview/2233617/>
82. Studme. [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://studme.org/141897/psihologiya/klassifikatsiya_psihologicheskikh_travm

83.Slovar.cc. [Электронный ресурс]. Режим доступа:<https://slovar.cc/med/term/2193014.html>

Карта наблюдения Д. Стотта. Ключи и обработка результатов

Карта наблюдения Д. Стотта используется для изучения эмоциональной и поведенческой сфер. Важно выявить такие симптомы, которые свидетельствуют о наличии эмоциональных проблем и отклонений в поведении ребенка и которые в ходе непосредственного обследования ребенка должны найти подтверждение. Карта наблюдения Д. Стотта включает 198 фрагментов фиксированных форм поведения, о наличии или отсутствии которых у ребенка должен судить наблюдатель, заполняющий карту. Эти фрагменты сгруппированы в 16 синдромов.

I. Недоверие к новым людям, вещам, ситуациям. Это ведет к тому, что любой успех стоит ребенку огромных усилий. От 1 до 11 - менее явные симптомы; от 12 до 16 - симптомы явного нарушения.

II. Депрессия. В более легкой форме (симптомы 1-6) время от времени наблюдаются разного рода перепады активности, смена настроения. Наличие симптомов 7 и 8 свидетельствует о склонности к раздражению и физиологическом истощении. Симптомы 9-20 отражают более острые формы депрессии. Пунктам данного синдрома обычно сопутствуют выраженные синдромы «тревожность и враждебность по отношению ко взрослым» (см. IV и V), особенно в крайних формах депрессии. По всей вероятности, они действительно репрезентируют элементы депрессивного истощения.

III. Уход в себя. Избегание контактов с людьми, самоустранение. Защитная установка по отношению к любым контактам с людьми, неприятие проявляемого к нему чувства любви.

IV. Тревожность по отношению к взрослым. Беспокойство и неуверенность в том, интересуются ли им взрослые, любят ли его. Симптомы 1-6 - ребенок старается убедиться, «принимают» ли и любят ли его взрослые. Симптомы 7-10 - обращает на себя внимание и преувеличенно добивается любви взрослого. Симптомы 11-16 - проявляет большое беспокойство о том, «принимают» ли его взрослые.

V. Враждебность по отношению к взрослым. Симптомы 1-4 – ребенок проявляет различные формы неприятия взрослых, которые могут быть началом враждебности или депрессии. Симптомы 5-9 - относятся к взрослым то враждебно, то старается добиться их хорошего отношения. Симптомы 10-17 - открытая враждебность, проявляющаяся в асоциальном поведении. Симптомы 18-24 - полная, неуправляемая враждебность.

VI. Тревога по отношению к детям. Тревога ребенка за принятие себя другими детьми. Временами она принимает форму открытой враждебности. Все симптомы одинаково важны.

VII. Недостаток социальной нормативности (асоциальность). Неуверенность в одобрении взрослых, которая выражается в различных формах негативизма. Симптомы 1-5 – отсутствие стараний понравиться взрослым. Безразличие и отсутствие заинтересованности в хороших отношениях с ними. Симптомы 5-9 у более старших детей могут указывать на определенную степень независимости. Симптомы 10-16 - отсутствие моральной щепетильности в мелочах. 16 - считает, что взрослые недружелюбны, вмешиваются, не имея на это права.

VIII. Враждебность к детям. От ревнивого соперничества до открытой враждебности.

IX. Неугомонность. Неугомонность, нетерпеливость, неприспособленность к работе, требующей усидчивости, концентрации внимания и размышления. Склонность к кратковременным и легким усилиям. Избегание долговременных усилий.

X. Эмоциональное напряжение. Симптомы 1-5 свидетельствуют об эмоциональной незрелости, 6-7 - о серьезных страхах, 8-10 - о прогулах и непунктуальности.

XI. Невротические симптомы. Острота их может зависеть от возраста ребенка; они также могут быть последствиями существовавшего ранее нарушения.

XII. Неблагоприятные условия среды.

XIII. Сексуальное развитие.

XIV. Умственная отсталость.

XV. Болезни и органические нарушения.

XVI. Физические дефекты.

XVII. Различные симптомы зависимого поведения.

В регистрационном бланке вертикальная черта отделяет более тяжелые нарушения (справа) от менее тяжелых (слева). При подсчете результатов зачеркнутому симптому слева присваивается один балл, тогда как зачеркнутый симптом справа оценивается двумя баллами. Подсчитывается сумма баллов по каждому синдрому и общий коэффициент дезадаптированности по сумме баллов по всем синдромам.

Структура заполненной карты может быть различной.

I вариант. Число выделенных фрагментов незначительно, они относятся к разным синдромам, большинство из них сосредоточено в левой части бланка – коэффициент дезадаптации незначительный (в целом не более 25 баллов), следовательно, развитие эмоционально-волевой сферы ребенка можно считать соответствующим норме (при отсутствии разногласий в оценках учителя и наблюдений самого психолога).

II вариант. Число выделенных фрагментов незначительно, но большинство из них сосредоточено в правой части бланка, что свидетельствует о серьезных нарушениях поведения, при отсутствии какого-либо доминирующего синдрома.

Особое внимание стоит уделить синдромам под номерами II - депрессия; III - уход в себя. V - враждебность по отношению к взрослым; VIII - враждебность к детям; X - эмоциональное напряжение; XI - невротические симптомы.

III вариант. Число выделенных фрагментов сосредоточено в правой части бланка, что свидетельствует о серьезных нарушениях поведения, при этом выделяется какой-либо доминирующий синдром, который относится к одному из выше перечисленных.

IV вариант. Число выделенных фрагментов достаточно большое, но все они сосредоточены в левой части бланка при отсутствии какого-либо доминирующего синдрома - если коэффициент дезадаптации превышает 25 баллов, то это свидетельствует о серьезности нарушения механизмов личностной адаптации, такой ребенок составляет группу риска, но, тем не менее, его развитие считается соответствующим норме.

Таблица 4

Карта наблюдений Д.Стотта

Имя, фамилия _____

Возраст _____

Дата _____

Класс _____

нд	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16									
	д	1	2	3	4	5	6	7	9	10	8	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20				
		у	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13										
тв	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16									
	вв	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
		тд	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15									
	а	1	2	3	4	5	6	8	9	10	11	12	13	14	15	16									
	н	1	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12													
в	вд	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10														
		эн	1	2	3	4	5	9	10	6	7	8	11	12											
	нс	2	3	4	1	5	6	7																	
	с	1	2	3	4	5	6	7																	
	сп	1	2	3																					
	уо	1	2	3	4	5	6	7																	
в	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14											
	ф	1	2	4	5	3																			

Приложение Б

Таблица 5

Регистрационный бланк травматических переживаний

№	Критерий	Вопрос	Допустимые объяснения	Кодировка ответов
1.	А	Чувствовал ли ты ужас, когда это происходило	Очень сильный страх	Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2
2.	А	Чувствовал ли ты, что ты не можешь ничего изменить		Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2
3.	А	Чувствовал ли ты, что никто не может тебе помочь в этой ситуации"		Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2
4.	А	Чувствовал ли ты отвращение, когда это происходило	Казалось ли тебе происходящее в тот момент неприятным, противным	Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2
5.	А	Был ли ты более раздражительным, подвижным сразу после того, как это произошло.		Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2
6.	В	Вспоминаешь ли ты о каких-то неприятных ситуациях, которые с тобой произошли. Если да, то как часто	С большинством людей в жизни случаются неприятные ситуации, а с тобой случались	Нет = 0 1 раз = 1 Более 1 раза = 2
7.	В	Ты рассказываешь кому-то об этих воспоминаниях. Если да, то как часто. Если нет, то не рассказываешь потому, что не вспоминаешь.	Ты не рассказываешь об этих ситуациях, потому что не вспоминаешь, или тебе не хочется кому-то о них рассказывать	Нет = 0 1 раз = 1 Вспоминает, но не рассказывает = 1 Более 1 раза = 2
8.	В	Ухудшается ли твое	Например, у тебя начинает	Нет = 0

		самочувствие, когда что-то напоминает тебе о неприятном событии?	сильнее биться сердце, учащается дыхание, потеют руки, болит голова.	Не знаю = 1 Да=2
9.	В	Ты думал когда-нибудь о какой-то неприятной ситуации, когда тебе совсем не хотелось о ней думать? Если да, то как часто?		Нет = 0 Не знаю = 1 Да=2
10.	В	Ты представлял какую-то неприятную 'ситуацию, случившуюся с тобой? Если да, то как часто?		Нет = 0 Не знаю = 1 Да=2
11.	В	Ты рисовал какую-то неприятную ситуацию, случившуюся с тобой? Если да, то как часто?		Нет = 0 Не знаю = 1 Да=2
12.	В	Бывает ли так, что неприятные чувства, которые ты когда-либо переживал, возникали у тебя снова, как если бы та ситуация повторилась, как будто ты опять вернулся в то время? Если да, то как часто?		Нет = 0 Не знаю = 1 Да=2
13.	В	Случалось ли, что ты начинал вести себя так, как если бы	Бывает ли, что ты ведешь себя так, как будто какая-то неприятная ситуация, которая с	Нет = 0 Не знаю = 1 Да=2

		неприятная ситуация, которая с тобой когда-то происходила, повторилась вновь? Если да, то как часто?	тобой когда-то происходила, повторяется?	
14.	D	Бывает ли тебе трудно заснуть? Если да, то как часто"		Нет = 0 1 раз = 1 Более" 1 раза = 2
15.	D	Бывает ли, что ты просыпаешься ночью? Если да, то как часто?		Нет = 0 1 раз = 1 Более" 1 раза = 2
16.	D	Бывает ли, что ты просыпаешься слишком рано утром? Если да, то как часто?		Нет = 0 1 раз = 1 Более 1 раза = 2
17.	D	Стали ли тебе сниться неприятные сны, кошмары? Если да, то как часто?		Нет = 0 1 раз = 1 Более 1 раза = 2
18.	B	Снились ли тебе сны о неприятном событии, которое с тобой когда-то произошло? Если да, то как часто?		Нет = 0 1 раз = 1 Более 1 раза = 2
19.	F	Приходишь ли ты иногда ночью спать к родителям? Если да, то как часто?		Нет = 0 1 раз = 1 Более 1 раза = 2
20.	D	Вскакиваешь ли ты, когда слышишь неожиданный или громкий звук?		Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2
21.	D	Стал ли ты более раздражительным?		Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2

22.	D	Стал ли ты чаще ссориться с другими людьми"		Нет = 0 Не знаю = 1 Да-2
23.	C	Стараешься ли ты держаться на расстоянии от друзей и одноклассников	Бывает ли так, что ты стараешься держаться отдельно от своих друзей	Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2
24.	F	Трудно ли тебе оставаться наедине с друзьями и одноклассниками	Когда, например, в классе или в каком-то другом месте остаются только один человек и ты	Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2
25.	C	Стараешься ли ты держаться на расстоянии от взрослых	Бывает ли так, что ты стараешься держаться отдельно от родителей и учителей	Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2
26.	F	Трудно ли тебе оставаться наедине с учителями	Когда, например, в классе или в каком-то другом месте остаются только учитель и ты	Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2
27.	F	Трудно ли тебе оставаться наедине с родителями		Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2
28.	C	Стараешься ли ты избежать чего-либо, что напоминает тебе о каком-то неприятном происшествии		Нет-0 Не знаю = 1 Да-2
29.	C	Стараешься ли ты избегать действий, которые напоминают тебе о чем-то неприятном в твоём прошлом (прилагаешь ли какие-то усилия для этого)"	Делаешь ли ты для этого что-нибудь специально	Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2
30.	C	Стараешься ли ты избежать мест, которые напоминают тебе о чем-то	Делаешь ли ты для этого что-нибудь специально	Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2

		неприятном в твоём прошлом (прилагаешь ли какие-то усилия для этого)		
31.	С	Стараешься ли ты избегать общения с людьми, которые напоминают тебе о чем-то неприятном в твоём прошлом (прилагаешь ли какие-то усилия для этого)	Делаешь ли ты для этого что-нибудь специально	Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2
32.	С	Стараешься ли ты не думать о чем-то неприятном в твоём прошлом (прилагаешь ли какие-то усилия для этого)	Делаешь ли ты для этого что-нибудь специально	Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2
33.	С	Стараешься ли ты избегать разговоров, которые напоминают тебе о чем-то неприятном в твоём прошлом (прилагаешь ли какие-то усилия для этого)	Делаешь ли ты для этого что-нибудь специально	Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2
34.	Ф	Стало ли тебе сложнее выполнять свои обязанности (работу по дому)	Было ли тебе раньше легче, например, убирать за собой свои вещи, помогать родителям	Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2
35.	Ф	Требуется ли тебе больше времени, чем раньше, чтобы выполнить свои обязанности (работу		Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2

		по дому)?		
36.	F	Стало ли тебе сложнее понимать, узнавать новые вещи (учиться)?		Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2
37.	D	Изменилась ли в последнее время твоя память? Может быть, она стала лучше или хуже?	Стало ли тебе сложнее запоминать разные вещи?	Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2
38.	D	Стало ли тебе сложнее сосредоточиться?		Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2
39.	D	Стало ли тебе сложнее долго сидеть спокойно на одном месте?		Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2
40.	C	Кажется ли тебе, что окружающий мир стал выглядеть или звучать по-другому?	Вещи, к которым ты привык, кажутся тебе не такими, как раньше.	Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2
41.	C	Можешь ли ты себя представить взрослым, старым?		Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2
42.	C	Изменились ли в последнее время твои представления о будущем?	Не так, как раньше.	Нет = 0 Не знаю = 1 Да = 2

Приложение В

Таблица 6

Баллы, переведенные в стены

1. Фактор А	
А⁻ / 1-3 стена	А⁺ / 8-10 стенов
Замкнутый, недоверчивый, обособленный, равнодушный	Открытый, доброжелательный, общительный, участливый
2. Фактор В	
В⁻ / 1-3 стена	В⁺ / 8-10 стенов
Низкая степень сформированности интеллектуальных функций, преобладают конкретные формы мышления, объем знаний невелик	Высокая степень сформированности интеллектуальных функций, достаточно развиты абстрактные формы мышления, большой объем знаний
3. Фактор С	
С⁻ / 1-3 стена	С⁺ / 8-10 стенов
Неуверенный в себе, легко ранимый, неустойчивый Уверенный в себе, спокойный, стабильный	Уверенный в себе, спокойный, стабильный
4. Фактор D	
D⁻ / 1-3 стена	D⁺ / 8-10 стенов
Неторопливый, сдержанный, флегматичный	Нетерпеливый, реактивный, легко возбудимый
5. Фактор E	
E⁻ / 1-3 стена	E⁺ / 8-10 стенов
Послушный, зависимый, уступчивый	Доминирующий, независимый, напористый
7. Фактор G	
G⁻ / 1-3 стена	G⁺ / 8-10 стенов
Недобросовестный, пренебрегающий обязанностями, безответственный	Добросовестный, исполнительный, ответственный
8. Фактор H	
H⁻ / 1-3 стена	H⁺ / 8-10 стенов
Робкий, застенчивый, чувствительный к угрозе	Социально-смелый, непринужденный, решительный
9. Фактор I	
I⁻ / 1-3 стена	I⁺ / 8-10 стенов
Реалистичный, практичный, полагающийся на себя	Чувствительный, нежный, зависимый от других
10. Фактор O	
O⁻ / 1-3 стена	O⁺ / 8-10 стенов
Безмятежный, спокойный, оптимистичный	Тревожный, озабоченный, полный мрачных опасений
11. Фактор Q₃	
Q₃⁻ / 1-3 стена	Q₃⁺ / 8-10 стенов
Низкий самоконтроль, плохое понимание социальных нормативов	Высокий самоконтроль, хорошее понимание социальных нормативов
12. Фактор Q₄	

Q₄⁻ / 1-3 стена	Q₄⁺ / 8-10 стенов
Расслабленный, спокойный, невозмутимый	Напряженный, раздражительный, фрустрированный

КЛИНИЧЕСКИЕ ОПРОСНИКИ

1. Я чувствую упадок сил.
2. Я стал раздражительный.
3. Я быстро устаю от обычных и привычных занятий.
4. Я с трудом переношу яркий свет, звуки, сильные запахи.
5. Мне трудно сосредоточиться.
6. Я стал плохо спать.
7. Мое самочувствие меняется в течение дня.
8. Я чувствую вялость и усталость в теле.
9. Мне трудно сдерживать свои чувства.
10. Мне трудно думать и рассуждать.
11. Часто ловлю себя на том, что неоднократно повторяюсь в мыслях, действиях, не доводя их до конца.
12. Часто клонит ко сну в течение дня.
13. Постепенно ухудшается память.

ОПРОСНИК 2

14. Жизнь мне кажется пустой и бессмысленной.
15. Не могу избавиться от неприятных мыслей, приходящих в голову.
16. Я чувствую снижение энергии, упадок сил.
17. Я не могу делать что-то, хотя знаю, что нужно делать.
18. Я разочаровался в себе.
19. Я не имею сил заставить себя что-то сделать.
20. Мне тяжело делать вещи, которые всегда были привычными.
21. Мне грустно (тоскливо).
22. Я не способен мыслить с такой ясностью, как раньше.
23. Я потерял интерес к приятным мне вещам.
24. Моя память уже не та, что раньше.
25. Я не имею надежд на будущее.

26. Я чувствую себя менее счастливым, чем остальные люди.

ОПРОСНИК 3

27. Я часто беспокоюсь, что у меня серьезная болезнь.

28. Меня часто беспокоят болевые ощущения в теле.

29. Я представляю себе, что происходит в моем организме.

30. Я часто беспокоюсь о своем здоровье.

31. Меня беспокоят признаки тяжелой болезни.

32. Я забочусь о том, как преодолеть свою болезнь.

33. Я раздражаюсь, если кто-то говорит, что хорошо выгляжу, а я чувствую себя плохо.

34. Я считаю, что меня беспокоят очень много других симптомов.

35. Мне трудно забыть о себе и думать о других вещах.

36. Мне трудно поверить врачу, когда он говорит, что нет ничего серьезного, о чем стоит беспокоиться.

37. Я считаю, что окружающие несерьезно воспринимают мою болезнь.

38. О своем здоровье я беспокоюсь больше, чем другие.

39. Я боюсь заболеть.

Бланк незаконченных предложений

1. (B) Я часто испытываю _____
2. (D) Крик для меня это _____
3. (Q) После школы я первым делом иду _____
4. (Q) Дома мне _____
5. (Q) Мой класс, для меня _____
6. (Q) Мои родители для меня _____
7. (Q) Я не люблю своих _____
8. (A) Мне часто снятся сны о _____
9. (B) Мне страшно быть _____
10. (Q) Я люблю своих _____
11. (B) Самое страшное для меня, это _____
12. (Q) Мой учитель для меня _____
13. (A) Кошмары мне снятся _____
14. (Q) Дома, я стараюсь _____
15. (C) У меня часто болит(ят) _____
16. (B) Я часто испытываю чувство _____
17. (Q) Мои родители _____
18. (D) Я не хочу больше _____
19. (C) Я чувствую себя _____
20. (B) Меня угнетает, расстраивает _____
21. (A) Во снах, я часто _____
22. (B) Я испытываю тревогу когда _____
23. (C) В последнее время мое здоровье _____
24. (D) От своих проблем я обычно _____
25. (D) Чувствую, что, что-то в себе _____
26. (A) Ночью я долго не могу _____
27. (A) Проснувшись, я чувствую _____

28. (D) Все что окружает меня, мне _____
29. (D) Я часто замечаю _____ в других людях
30. (C) Мне стало трудно выразить _____

A- нарушение сна

B- тревожность

C- соматическое проявление

D- использование защитных механизмов

Q- отношение в семье

Определение общего психического состояние и эмоциональной проблемы у
Егора Б.

Критерий	Рисунок ученика	Балл
сила нажима на карандаш	При оценки линий, присутствующих на рисунке, можно предположить, что ребенок имеет повышенный уровень агрессивности, так как линии некоторых животных были произведены сильным нажимом.	3
отсутствие деталей головы	отсутствие на рисунке таких черт лица, как глаза, говорит об аутизации (ребенок уходит в себя, избегает общения).	2
штриховая линия	опасения, страхи, к легкому возникновению состояния тревоги которые, характерны для штриховки отсутствуют, так как отсутствует штриховка	0
размеры рисунка, животного	Уменьшенный размер зверей на рисунке означает, что ассоциации, относящиеся к семейной ситуации, вызывают у ребенка подавленное, депрессивное состояние.	3
расположение рисунка на листе	Перспектива рисунка располагается, преимущественно, в нижней части листа, что может свидетельствовать о низком уровне самооценки.	3
характер животного	На рисунке изображены	

	<p>домашние животные.</p> <p>Агрессивные атрибуты в виде зубов, когтей и т.д. отсутствуют, что свидетельствует об отсутствии агрессии.</p>	0
<p>характер отношений между животными</p>	<p>Показатели наличия контактов между членами семьи (соприкосновение руками, совм. деятельность и т.д.) отсутствуют: взгляд членов семьи направлен друг на друга, но отвернут от ребенка. Рисунок себя был исполнен в последнюю очередь, что указывает на наличие застенчивости и тревожности.</p>	3
<p>вывод</p>	<p>Проанализировав результат проективной методики, можно сделать вывод, что наличия контактов между членами семьи находится на низком уровне, в виду этого возможно возникновение скрытой агрессии, подавленного состояния и избегание общения.</p>	14

Дембо-Рубинштейн

После того, как учащийся расставил свои знаки на шкалах, полученные результаты обрабатываются следующим образом: уровень самооценки на конкретной шкале можно измерить от "0" до "х". Длина каждой шкалы должна быть равна 100 мм, тогда каждый отмеченный крестик и черта будут иметь количественную характеристику (например, 48 мм - 48 баллов). Далее необходимо вычислить расстояние от "х" до "-". Если наблюдается такая ситуация, при которой уровень притязаний ниже личностной самооценки, баллы выражаются в отрицательных числах. Затем происходит подсчет баллов и определение самооценки.

Показатели уровня притязаний:

Адекватный - 75-89 баллов. Человек реалистично оценивает свои возможности.

Высокий - 90-100 баллов. Нереалистичное отношение к своим возможностям, отсутствие самокритики.

Низкий - ниже 60 баллов. Заниженный уровень притязаний. Человек не может нормально развиваться. У него нет стремлений чего-то достигать, так как он уверен, что это заведомо проигрышный вариант. Уровень самооценки Адекватная - 45-74 балла. Реалистическое оценивание себя по указанным в методике и другим параметрам.

Завышенная - 75-100 баллов. Наблюдаются некоторые проблемы в формировании личностных качеств. Возможно, взрослый человек или ребенок не может правильно оценить свою трудовую деятельность (ее результаты), общение. Наблюдается такое явление, как "закрытость для опыта", то есть человек нечувствителен к замечаниям, советам и оценкам людей.

Заниженная - менее 45 баллов. Человек имеет большие проблемы в формировании личностного благополучия, это показывает методика Дембо-Рубинштейн. Самооценка слишком низкая может быть результатом

проявления двух психологических проблем: действительно неуверенности в собственных возможностях и "защитной" неуверенности. Второе явление наблюдается в случае, если человек сам навязывает себе эту "недооценку", чтобы не напрягаться в решениях и избегать ответственности.

Таблица 8

определение уровня самооценки у Егора Б.

Шкала	(-)как хотелось бы балл	(X)как есть балл
Здоровье	100	90
Умственные способности	90	70
Характер	100	95
Авторитет у сверстников	90	100
Уверенность в себе	100	90
Внешность	100	75
Умение делать своими руками	100	95
Вывод	Методика помогла выявить «высокий» уровень самооценки и «высокий» уровень притязаний. Мы склонны полагать, что в данном случае «высокий» уровень самооценки выступает в роли защитного механизма в социуме.	

Приложение 3

Конспект профилактического занятия. Ориентировочный этап. Первое занятие.

Цель: создание положительной мотивации к предстоящему циклу занятий, актуализация личностных ресурсов ребенка, формирование доверительного отношения к терапевту.

Ход занятия:

1. Приветствие.

- Здравствуй, я очень рад видеть тебя сегодня на занятии. Сегодня у нас с тобой первое занятие. Что ты подумал, когда узнал, что будешь посещать наши занятия? Как ты думаешь, чем мы будем с тобой заниматься? Чему ты можешь на них научиться? (ребенок отвечает на вопросы)

2. Упражнение «Представление»

Участнику дается следующее пояснение: в представлении вы должны постараться отразить свою индивидуальность так, чтобы все остальные участники сразу запомнили выступившего. Например, "Я высокий, сильный и уверенный в себе человек. Внешность у меня обыкновенная, зато волосы красивого цвета и слегка вьются, что является предметом легкой зависти многих женщин. Но главное, на что хочу обратить ваше внимание - со мной в любой компании интересно и весело.

3. Упражнение «Зеркало»

Сейчас мы предлагаем выполнить несколько несложных заданий, точнее — симитировать их выполнение. Внимательно прослушайте задания. Их всего четыре. Задания следующие: 1) пришиваем пуговицу; 2) собираемся в дорогу; 3) печем пирог; 4) выступаем в цирке. Особенность этих заданий в том, что каждое из них вы будете выполнять попарно, причем напарники встанут друг против друга, и один из них станет на время зеркалом, т.е. будет копировать все движения своего партнера. Затем партнеры меняются ролями.

4. Упражнение «Найди пару»

Каждому участнику при помощи булавки прикрепляется на спину лист бумаги. На листе имя сказочного героя или литературного персонажа, имеющего свою пару. Например: Крокодил Гена и Чебурашка, Илья и Петров и т.д.

Каждый участник должен отыскать свою "вторую половину", опрашивая группу. При этом запрещается задавать прямые вопросы типа: "Что у меня написано на листе?". Отвечать на вопросы можно только словами "да" и "нет". Участники расходятся по комнате и беседуют друг с другом.

5. Ритуал прощания

По очереди психолог и ребенок берут фломастер и высказывают, что им понравилось, а что нет. Высказывают пожелание на день и завершают занятие.

Конспект профилактического занятия. Развивающий этап. Пятое занятие.

Цель: снижение уровня тревоги, обучение проведения релаксационных упражнений

Ход занятия:

1. Приветствие

-Здравствуй! Начнем нашу работу с высказывания друг другу пожелания на сегодняшний день. Пожелание должно быть коротким – желательно в одно слово. Бросив друг другу мяч, мы высказываем пожелания

2. Упражнение «Задуй свечу»

Ребенок держит полоски бумаги на расстоянии около 10 см от губ.

- Давай представим, что бумага у тебя в руке, это пламя свечи. Попробуй тихо подуть на "свечу" так, чтобы "пламя свечи" отклонилось. – Это упражнение помогает человеку успокоиться и расслабиться. Сегодня я научу тебя таким упражнениям

3. Упражнение «Лимон»

-Сядь удобно: руки свободно положите на колени (ладонями вверх), плечи и голова опущены, глаза закрыты. Мысленно представь себе, что у тебя в правой руке лежит лимон. Начинай медленно его сжимать до тех пор, пока не почувствуешь, что «выжали» весь сок. Расслабься. Запомни свои ощущения. Теперь представь себе, что лимон находится в левой руке. Повтори упражнение. Вновь расслабься, и запомните свои ощущения. Затем выполни упражнение одновременно двумя руками. Расслабься. Насладись состоянием покоя.

4. Упражнение «Силяч»

Напрягите сразу все мышцы. В течение нескольких секунд фиксируйте напряжённое состояние, стараясь прочувствовать напряжение, а затем расслабьте мышцы. Повторите 3 раза. Полежите спокойно в течение нескольких минут, полностью расслабившись и ощущая тяжесть своих мышц.

5. Упражнение «Я и мой мир во круг меня»

- Сейчас мы с тобой порисуем, оставляя середину листа пустой. Нужно нарисовать все, что тебя окружает в жизни, с кем и с чем приходится общаться, взаимодействовать. Теперь в центре нарисуй себя. Расскажи о своем рисунке. Нравится ли тебе твой рисунок. Что из нарисованного наиболее важно, а что наименее. Отметь знаком плюс то, что нравится, с чем приятно взаимодействовать, а знаком минус – то, с чем неприятно взаимодействовать.

6. Ритуал прощания

-Давай с тобой закончим фразу: "Когда я буду вспоминать о сегодняшнем дне, то вспомню в первую очередь..."

Конспект профилактического занятия. Развивающий этап. Седьмое занятие.

Цель: проработка травмирующего переживания

Ход занятия:

1. Приветствие

Каждый участник на карточке пишет свое имя, коммуникативные качества, девиз, хобби. Так же на карточках стоят вопросы, на которые отвечают участники.

2. Анализ сновидения

3. Игровая терапия будет выстроена в следующей логике: первым делом для ребенка обеспечивается структура игрового занятия, дабы ребенок чувствовал себя в безопасности и при этом удовлетворял свои потребности. Далее, вместе с ребенком, устанавливаются правила вхождения и выхода из игры, и самой игры. Погружение ребенка в проблемную ситуацию, материал для создания которой мы получили из анализа сновидений ребенка.

Конспект профилактического занятия. Закрепляющий этап. Десятое занятие.

Цель: закрепить оптимальное отношение к себе

Ход занятия:

1. Приветствие

Взявшись за руки психолог и ребенок вместе произносят: «Доброе утро!» - сначала тихо, потом обычным голосом, потом очень громко.

Повторяя 3 раза

2. Упражнение «ха-ха»

Ребенок и психолог ложатся на пол на спину. Психолог говорит «ха», ребенок должен повторить то что сказал психолог и добавить свое «ха», тоже самое делает и психолог

3. Упражнение «Спонтанная самопрезентация»

Ведущий предлагает каждому из участников рассказать о себе и о значимых для него событиях с позиции того, что вызвало: удивление, интерес, радость.

Процедура идет по кругу и может включать оценку самопрезентации предшествующего участника по той же схеме «удивление—интерес—радость».

В конце можно обсудить в группе результаты самопрезентации (при необходимости).

4. Упражнение «Чемодан»

- Наше занятие подходит к концу, и сейчас тебе нужно собрать воображаемый чемодан тех качеств, которые ты возьмешь с собой в дорогу. Назови пожалуйста их, расскажи о них и зарисуй в своем листе (выдается лист на котором изображён чемодан).

5. Ритуал прощания

С помощью цветной бумаги, ножниц, фломастеров и т.д. участники делают сердечки (или иные фигуры) с благодарностями и пожеланиями. Уходя, каждый дарит свое сердечко друг другу.