МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(МИНПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИИ)

Департамент государственной политики в сфере защиты прав детей

Люсиновская ул., д. 51, Москва, 115093
Тел. (495) 587-01-10, доб. 3450
E-mail: d07@edu.gov.ru

11.11.2024 № 07-5429

О направлении
методических рекомендаций

Руководителям исполнительных органов субъектов Российской Федерации, осуществляющих государственное управление в сфере образования

Департамент государственной политики в сфере защиты прав детей Минпросвещения России (далее – Департамент) информирует, что федеральным государственным бюджетным учреждением «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Минздрава России (письмо Минздрава России от 6 ноября 2024 г. № 15-2/4905) разработаны методические рекомендации «Выявление признаков нарушения настроения и тревоги в детском и подростковом возрасте» (далее – Методические рекомендации).

Департамент просит довести до сведения общеобразовательных организаций, а также центров психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи информацию о возможности использования педагогами-психологами Методических рекомендаций при работе с обучающимися с целью выявления особенностей психоэмоциональной сферы, повышения тревоги и нарушений настроения детей и подростков.

Приложение: на 36 л. в 1 экз.

Директор
департамента

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ
Сертификат B5FEBC478F35D2DD1A284D07ADC33A1BA3659A2C
Владелец **Фальковская Лариса Павловна**
Действителен с 27.10.2023 по 19.01.2025
Подлинник электронного документа, подписанного электронной подписью, хранится в единой системе электронного документооборота Министерства просвещения Российской Федерации

Л.П. Фальковская

Драганова О.А.
(495) 587-01-10, доб. 3062

Минздрав России

на 1-18719 от 27.12.2023

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(МИНЗДРАВ РОССИИ)

Рахмановский пер., д. 3/25, стр. 1, 2, 3, 4,
Москва, ГСП-4, 127994,
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

06.11.2024 № 15-2/4905

На № _____ от _____

Министерство просвещения
Российской Федерации

Департамент медицинской помощи детям, службы родовспоможения и общественного здоровья Минздрава России (далее – Департамент) во исполнение пункта 7 раздела I протокола заочного заседания членов координационного совета при Правительстве Российской Федерации по проведению в Российской Федерации Десятилетия детства от 15 декабря 2023 г. № 4пр направляет методические рекомендации для педагогов-психологов общеобразовательных организаций на тему: «Выявление признаков нарушения настроения и тревоги в детском и подростковом возрасте», подготовленные ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России.

Учитывая вышеизложенное, просим довести данные методические рекомендации для использования в работе до исполнительных органов субъектов Российской Федерации, осуществляющих государственное управление в сфере образования, образовательных организаций.

Приложение: на 35 л. в 1 экз.

Врио директора
Департамента О.В. Чумакова

Подлинник электронного документа, подписанного ЭП, хранится в системе электронного документооборота Министерства Здравоохранения Российской Федерации.

СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП

Сертификат: 00CF1B3A4468AEA7B152AF5AC2E7928037
Кому выдан: Чумакова Ольга Васильевна
Действителен: с 20.03.2024 до 13.06.2025

Галискарова Эльмира Султановна
+7 (495) 627-24-00 вн. 1525

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИАТРИИ И НЕВРОЛОГИИ ИМЕНИ В.М. БЕХТЕРЕВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Утверждено
к печати решением
Ученого Совета
НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева
профессор Н.Г. Незнанов

Протокол № 7 от 19 .09 .2024

ВЫЯВЛЕНИЕ ПРИЗНАКОВ НАРУШЕНИЯ НАСТРОЕНИЯ И ТРЕВОГИ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Методические рекомендации

Санкт-Петербург
2024

УДК: 616.89-07:[159.942:616.89-008.19-053](075.4)

Выявление признаков нарушения настроения и тревоги в детском и подростковом возрасте: методические рекомендации / НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; автор.: Добряков И.В – СПб., 2024. – 34 с.

Организация-разработчик: федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Автор: Добряков Игорь Валериевич – старший научный сотрудник научно-организационного отделения ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева»

Аннотация. Представлена информация о психических особенностях и адаптации в детских коллективах детей, находящихся на разных этапах онтогенеза, о причинах возникновения и о последствиях для детей повышения у них уровня тревоги, изменений настроения. Освещены вопросы специфики развития и проявлений у детей разных возрастных групп невротических и стрессовых расстройств, нередко приводящих к девиантному и делинквентнму поведению. Также представлены современные подходы к их предупреждению и коррекции.

Пособие предназначено для педагогов и психологов общеобразовательных организаций

Ключевые слова: дети, подростки, настроение, тревога, невротические и стрессовые расстройства, профилактика, диагностика, коррекция

© НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2024.

Содержание

Введение .....
Факторы, способствующие повышению тревоги
и нарушениям настроения в детском и подростковом возрасте .....
Возрастные особенности проявлений изменений настроения
и уровня тревоги .....
Особенности психического развития детей в возрасте от 3 до 7 лет
(период первого детства) .....
Особенности психического развития детей школьного возраста
(период второго детства) .....
Особенности психического детей школьного возраста
(период отрочества) .....
Выявление в детских коллективах детей
с эмоциональной лабильностью и высоким уровнем тревоги .....
Метод когнитивно-метафорической реструктуризации
травматического опыта .....
Метод серийных рисунков и рассказов .....
Тест двадцати ответов о себе» .....
Социометрический эксперимент «Выбор в действии»
Я.Л. Коломинского .....
Заключение. Профилактика возникновения колебаний настроения
и повышенной тревоги у детей и подростков .....
Список литературы .....
Список обозначений и сокращений .....

Введение

. Для выявления признаков нарушений настроения и тревоги в детском и подростковом возрасте, понимания их причин, правильной интерпретации и выбора адекватных путей их коррекции, для предупреждения развития нервно-психических расстройств специалистам, работающим с детскими дошкольными и школьными коллективами необходимо руководствоваться онтогенетическим подходом (греч.: ontos – сущее; genesis – возникновение), то есть знать особенности развития и проявлений аффективной сферы на разных этапах онтогенеза.

Настроением называется продолжительный эмоциональный фон невысокой интенсивности, на котором обычно протекают психические процессы. Настроение может быть ровным (эйтимическим), пониженным (гипотимическим), повышенным (гипертимическим), тревожным. Не связанные с ситуацией или чрезмерно выраженные варианты гипертимического, гипотимического и тревожного настроения могут быть признаками нервно-психического расстройства.

Тревога – эмоция, связанная с дефицитом информации, неопределенностью. По мере роста и сепарации от родительской семьи, ребенок формирует свои телесные границы (чувство стыда наготы) и границы своей души, развивается самосознание. Это сопровождается чувством тревоги. Характерно амбивалентное желание стать автономным и страх становиться взрослым. Таким образом уже в детстве закладывается тревога, которую Карен Хорни назвала **базальной тревогой**. Ее уровень постоянно колеблется и во многом зависит от возраста ребенка, стиля воспитания в семье и жизненных обстоятельств, влияет на формирование личности [28].

Онтогенетический подход позволяет рассматривать, непрерывное развитие человека в разные возрастные периоды, происходящее в результате постоянного взаимодействия социально-психических явлений с природно-психическими [1, 15].

Д.Б. Эльконин считал периодизацию психического развития в детском возрасте фундаментальной проблемой детской психологии, решение которой может выявить движущие силы психического развития. Он, руководствуясь тремя критериями (социальная ситуация развития, ведущая деятельность, центральное возрастное новообразование). разработал *концепцию поуровнего развития личности в онтогенезе*. ***Возрастная периодизация Д.Б. Эльконина*** включает периоды, каждый из которых характеризуется своеобразием развития названных критериев.: младенчества (от 2 до 12 месяцев); раннего детского возраста (от 1 до 3 лет); дошкольного возраста (от 3 до 7 лет); младшего школьного возраста (от 7 до 11 лет); младшего подросткового возраста (от 12 до 15 лет) и старшего подросткового возраста (от 15 до 17 лет) Д.Б. Эльконин выделил два типа периодов возрастного развития. К *первому типу* относятся те возрастные периоды, в

течение которых преимущественно развивается мотивационная сторона деятельности, складывается ориентация ребёнка в системе отношений (*младенчество, дошкольный возраст, подростковый возраст*). *Второй тип* характеризуется развитием операционной стороны деятельности (*раннее детство, младший школьный возраст, ранняя юность*) [30].

Д.И. Фельдштейн, продолжая работу, начатую Д.Б. Элькониным, рассматривал развитие личности как единый процесс социализации и индивидуализации. Он отмечал, что существует 2 типа рубежей социального развития: *промежуточные*, характеризующие итог количественного накопления элементов социального опыта (1 год, 6, 15 лет) и *узловые*, характеризующиеся качественными сдвигами социального развития (3 года, 10, 17 лет). Они отличаются двумя типами позиций, отражающих степень овладения социальным опытом: «Я в обществе» (освоение социального опыта через освоение орудий) и «Я и общество» (усвоение норм человеческих взаимоотношений, индивидуализация) [30].

В настоящее время Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) (*World HealthOrganization – WHO*) рекомендует пользоваться классификацией возрастных периодов, согласно которой выделяет *период второго детства от 3 до 10 лет* и *период отрочества*, который предлагает делить на *этапы младшего подросткового возраста от 10 до 12 лет* и *старшего подросткового возраста с 12 до 19 лет*.

Международная возрастная периодизация Организации Объединенных Наций (ООН) незначительно отличается от возрастной классификации ВОЗ, нона разработана с учетом разницы темпов полового созревания и инволюции у представителей разного пола, и, таким образом, с учетом психосексуальных особенностей развития. Выделяется *IV период развития первого детства с 3 до 7 лет* и *V возрастной период второго детства,* в котором определены разные возрастные рамки для мальчиков и девочек: *мальчики с 8 до 12 лет, девочки с 8 до 11 лет*. Соответственно в *VI периоде отрочества* возрастные рамки *мальчиков 13-16 лет, а девочек – 13-15 лет.*

Существует много *ситуаций*, влияющих на настроение, вызывающих усиление уровня тревоги у ребенка. Причины изменений могут быть связаны с внутриличностным конфликтом ребенка, с семейными проблемами, с отношениями со сверстниками в детском коллективе, с факторами внешней среды. Они могут *касаться только его лично*, происходить дома в семье, в детском саду, в школе, в лагере отдыха, в больнице, в санатории, на улице и т.д. Еще чаще ребенок становится не участником, а всего лишь *невольным свидетелем* событий, происходящих с другими людьми не касающихся его непосредственно. Информация, полученная путем наблюдений подобных событий воочию или с помощью доступных средств массовой информации, или из рассказов знакомых, вызывает переживания, также травмирующие психику.

Несовершеннолетний может оказаться в психотравмирующей кризисной ситуации, во время которой пострадавшими одновременно становится много людей. Наше время характеризуются ростом количества

таких ситуаций. Изучение их последствий для детской психики сталкивается с большими трудностями. Прежде всего, это связано с тем, что *взрослые, стремясь оградить пережившего психическую травму ребенка от тяжелых воспоминаний, не отдают себе отчета в том, что дети нуждаются в психологической помощи, нередко препятствуют консультации у специалистов, обследованию, оказанию помощи. В связи с этим возрастает ответственность воспитателей, учителей, школьных психологов, детских и подростковых психотерапевтов за формирование здоровых поколений.* Многое зависит от их умения своевременно выявлять первые проявления нарушений настроения детей, повышения уровня тревоги.

Становление личности ребенка зависят от культурного и экономического уровня развития общества, а также того, какой исторический этап этого развития ребёнок застал [31]. Формирование современных поколений детей и подростков происходит в сложных условиях повышенной базальной тревоги. Этому способствуют *напряженная политическая обстановка, проведение специальной военной операции, террористические акты, пандемия*. Особое значение имеют последствия *информационно-коммуникационной революции*, связанной с распространением в России с 2007 года смартфонов – устройств, сочетающих телефон и компьютер. Их использование расширило прежние и предоставило новые способы и возможности получения информации, общения, мышления, обусловило появление новых поведенческих практик [23, 26]. Последствия информационно-коммуникационной революции привели к повышению уровня базальной тревоги, что связано с несколькими причинами:

- Между поколениями миллениалов (рожденных в 1982-2000 годах, взрослевших в 1999-2016 годах) и последующими поколениями сложились экстраординарные устойчивые значимые межпоколенческие различия, выходящие за рамки обычных противоречий поколений отцов и детей. Это в итоге привело к разлому поколений, к ухудшению их взаимопонимания и передачи традиций от старших младшим.
- Легкая доступность благодаря компьютеру огромного массива любой информации, ее моментальное распространение снизили мотивацию к обучению. При этом инструменты проверки достоверности информации отсутствуют.
- Избыток информации как достоверной, так и ложной затруднил процесс выбора, что способствовало усилению аномии (греч.: а – отрицание, nomos – закон) При этом старые нормы перестали действовать, подвергаются сомнению, старые ценности девальвировались, создаются новые, вступающие со старыми в противоречие [9]. Сбылось предсказание философа М.К. Мамардашвили о том, что грядет эпоха «безнормальности» [20].

Возрастные особенности представляют собой совокупность общесоматических и нервно-психических изменений, наследственно обусловленных, а также возникающих под влиянием общественно-экономического, культурного и социального окружения, отражающихся

на развитии человека в конкретных исторических условиях.

Психологическая коррекция изменений настроения и уровня тревоги требует дифференцированного подхода. Аффективные нарушения могут быть как первичными, так и связанными с идеаторными расстройствами, нарушениями влечений, памяти, внимания, произвольной деятельности, интеллекта, быть одной из их причин. Они могут свидетельствовать о наличии невротических расстройств, острых и хронических посттравматических стрессовых расстройств. Возраст ребенка влияет как на патоморфоз, так и на клиническую картину, на течение невротических нарушений, стрессовых расстройств. Различия проявлений у детей разного возраста затрудняет диагностику, организацию и осуществление психологической и психотерапевтической помощи, их специфичность делает непригодной для работы с детьми и подростками большинство психологических подходов и психотерапевтических методик, применяемых при работе со взрослыми пациентами.

Факторы, способствующие повышению тревоги и нарушениям настроения в детском и подростковом возрасте

Факторы, способствующие повышению тревоги и нарушениям настроения в детском и подростковом возрасте, приводящие к эмоциональной дезадаптации, ауто- и гетеродеструктивному поведению, условно можно разделить на следующие группы:

- *Макросоциальные факторы*, среди которых особенно важны интернет-зависимость и проблемное использование интернета детьми и подростками.
- *Семейные факторы* при конфликтных отношениях в семье, нарушениях функционирования семейной системы. при противоречивом воспитании, при воспитании по типу гипо- или гиперпротекции, отвержению. Особенно пагубно сказывается на психике ребенка игнорирование его потребностей в сочетании социально предписываемым перфекционизмом.
- *Неблагоприятная школьная ситуация:* конфликтные отношения с учителями и одноклассниками, трудности в учебе. Завышенные требования родителей и учителей, не соответствующие возможностям ребенка, приводят к его астенизации, снижению у него самооценки, к постоянным социальным сравнениям, к социальной изоляции. Могут приводить к развитию суицидальных тенденций. Признаками социальной и эмоциональной дезадаптации являются прогулы уроков. неблагоприятная атмосфера в классе, высокий риск буллинга и моббинга или наличие их проявлений.

Совокупность неблагоприяных факторов приводит к развитию *личностных расстройств* разных форм. При проведении психокоррекции важно учитывать, что схожие невротические симптомы (головные боли, диссомнии, раздражительность, тики и пр.) могут присутствовать при разных формах невроза и требовать дифференцированного подхода.

Основными приоритетными методами выявления этих факторов для психолога должны быть клиническая беседа и включенное наблюдение. При

необходимости уточнения, а также при проведении научного исследования возможно использование:

- Опросника *детской депрессии* М. Ковак (валидизация А.Б. Холмогорова, С.В. Воликова, О.Г. Калина) [27].
- Опросника *личностной тревожности* А.М. Прихожан [22].

Для выявления *социальной тревожности* рекомендуется применение:

- Опросника *социального избегания и дистресса*, Краткая шкала *страха негативной социальной оценки* Е.В. Клименковой и А.Б. Холмогоровой [14].
- Метода многомерной оценки *детской тревожности* Е.Е. Малковой [19].

При необходимости для уточнения семейных взаимоотношений рекомендуется использование стандартизированного опросника Холмогоровой А.Б., Воликовой С.В., Сороковой М.Г. *«Семейные эмоциональные коммуникации»* [27].

С целью диагностики особенностей школьной ситуации ребенка и подростка (отношений с одноклассниками, интереса к преподаваемым учебным предметам, активности и осознанности учебной деятельности, отношения к ней в целом, наличия прогулов, наличия значимого взрослого в школе) рекомендуется применение опросника В.К. Зарецкого и А.Б. Холмогоровой *«Школьная ситуация»* [11] и опросника Ю.В. Зарецкого, В.К. Зарецкого, И.Ю. Кулагиной «*Субъектная позиция*» [12].

Возрастные особенности проявлений изменений настроения и уровня тревоги

Адаптация ребенка в детском коллективе, как правило, оказывает сильное влияние на его настроение, сопровождается повышением уровня тревоги, требует от него большого напряжения и во многом зависит как от его возрастных и личностных черт, так и от психологического климата в детском коллективе, от взрослых, создающих его. Воспитателям, преподавателям, психологам важно учитывать особенности детей разных возрастных групп, что способствует рассмотрение их с позиции представлений о смене *уровней преимущественного нервно-психического реагирования.* В.В. Ковалев, исходя из биогенетической теории этапности развития человека, полагал, что специфичность нервно-психических реакций на трудности (в том числе и на адаптацию в детском коллективе на психотравмирующую ситуацию) у детей и подростков в разные возрастные периоды связаны со сменой *уровней преимущественного нервно-психического реагирования* [15]. Им были выделены 4 основных таких уровня:

№ периода	Название периода (уровни нервно-психического реагирования)	Возрастные рамки периода
1	Соматовегетативный	0-3 года
2	Психомоторный	3-7 лет
3	Аффективный	5-10 лет
4	Эмоционально-идеаторный	11-16 лет

Важно подчеркнуть, что речь идет о преимущественном уровне реагирования, не исключающим одновременного включения форм реагирования предыдущих уровней. Принимая во внимание уровень реагирования, легче увидеть и понять изменения настроения, невротических реакций, появления различных симптомов у детей разных возрастных групп, оказать адекватную медико-психологическую помощь.

Особенности психического развития детей в возрасте от 3 до 7 лет (период первого детства)

У детей 3-7 лет наряду с соматовегетативным уровнем нервно-психического реагирования включается и преобладает *психомоторный*. Этим объясняется то, что ведущей в их поведении является активность, парадоксально сочетающаяся со стремлением к уединению.

Л.С. Выготский считал, что в 3 года у ребенка возникает один из наиболее трудных периодов в жизни, знаменующий переход границы между ранним и дошкольным периодами, сопровождающийся *кризисом трех лет* [4]. Как правило, примерно с трех лет у ребенка появляется самосознание. Он выделяет себя из окружающего мира, называет себя в первом лице. Чувство собственного «Я» позволяет ему определять жизненные цели и ставить задачи, требующие проявления инициативы для разрешения. Д.Б. Эльконин называл этот период *дошкольным* [30], а Э.Г. Эриксон *фазой инициативности-вины, а также локомоторно-генитальной фазой* [31].

Развитие речи и двигательных навыков дают возможности расширения социальных контактов вне дома, со сверстниками и более старшими детьми, позволяют участвовать в сложных играх. Основным авторитетом для детей этого возраста безусловно является мама. В этот же период происходит знакомство с социальными ограничениями и их усвоение. Нередко они нарушаются из-за ограничения самостоятельности и спонтанно возникающих врожденных агрессивных побуждений, что порицается взрослыми и вызывает у ребенка чувство вины. Чрезмерное сдерживание самостоятельности увеличивает чувство вины, снижает самооценку. Дети становятся нерешительными, малоинициативными, бояться постоять за себя, им не хватает упорства и целеустремленности в решении жизненных задач. Все эти черты могут способствовать развитию проблем адаптации в детском коллективе, возможно присоединение *невротической симптоматики* разного типа, но всегда сопровождающейся изменениями настроения и повышением уровня тревоги.

При невротическом конфликте *по астеническому типу* к ребенку предъявляют требования, превышающие его возможности. Воспитан он таким образом, что не смеет отказаться от их выполнения, старается сделать все как можно лучше. Нередко это у него получается, но вызванная чрезмерными нагрузками усталость нарастает. Тип личностного конфликта отражает формула «*хочу, но не могу, но я буду стараться и добьюсь…*». Часто это происходят с детьми очень амбициозных родителей, рассматривающих ребенка как «проект», требующих от него без учета

возрастных особенностей выдающихся результатов во всем и как можно раньше. В связи с переживаниями у не оправдавшего надежды родителей ребенка и с его гиперсоциальным стремлением «стать хорошим», возникает астеническая симптоматика, выражающаяся сниженным настроением, плаксивостью, повышенной утомляемостью, диссомниями (трудностями засыпания, страшными сновидениями, беспокойным сном, сноговорением) нередко энурезом, заиканием и пр. Поступление в детский сад в этой ситуации сталкивается с трудностями адаптации, провоцирует усиление конфликта потребности в родительской любви с подозрением неприятия с их стороны. Задачи воспитателей, психолога детского сада в этом случае повысить самооценку ребенка и снизить уровень его притязаний к себе и уровень притязаний к нему родителей. Этому может способствовать принятие особых индивидуальных мер по принятию ребенка детским коллективом, адаптации в нем.

При невротическом конфликте *по истерическому типу* также у ребенка резко повышен уровень тревоги, в связи с чем он постоянно требует внимания к себе, старается демонстрировать свои достижения, болезненно реагирует на внимание к другим детям и поощрения их. Тип личностного конфликта отражает формулы «*хочу, но не дают, а я добьюсь своего*», а также «не *хочу, но заставляют, а я не буду*». Нередко у взрослых возникает неверное впечатление о повышенной самооценке таких детей, стремление ее понизить. Такие попытки, как правило, безуспешны, так как постоянная самопрезентация объясняется наивной попыткой замаскировать неуверенность в себе, высокую тревогу обнаружить это. Невротическая симптоматика по истерическому типу очень разнообразна. Объединяет ее то, что ее проявления условно выгодны для ребенка, добивающихся с ее помощью своих целей. Особенно показателен в этом смысле уход в болезнь по истерическому типу, в результате чего ребенок получает желаемое участие, поддержку окружающих, требования к нему снижаются. Единственная возможность купировать истерическую симптоматику – сделать ее невыгодной, повышая при этом самооценку ребенка, признавая его действительные, а не изображаемые достоинства.

При невротическом конфликте *по обсессивно-компульсивному типу* личностный конфликт можно выразить формулой *«хочу, но не могу решиться, боюсь, сомневаюсь»*. Проявляется невроз также сниженным настроением, неуверенностью в себе. Высокий уровень тревоги является причиной возникновения навязчивых страхов (фобий), мыслей (навязчивых идей), движений (ритуалов). Суть навязчивостей заключается в том, что человек критически к ним относится, борется с ними, желая избавиться, но, как правило, неудачно, так как именно навязчивости помогают ему снизить уровень тревоги. Для детей дошкольного возраста наиболее характерны навязчивые движения (стереотипные мигания, движения головой, руками и пр.), аутоагресивные действия, такие как онихофагия (обгрызание ногтей), а также страхи темноты (никтофобия), остаться одному и пр. Причем, если критики к этим страхам и действиям нет, если ребенок не пытается

сдерживаться, бороться с ними, они не являются невротическими. Помощь таким детям должна заключаться в поиске причин повышенной тревоги и ее устранения. Попытки запрещений навязчивых действий, запугивания пагубными последствиями «вредных привычек», наказания только повышают тревогу, снижают самооценку и усугубляют невротические проявления.

При переживании ребенком ***стрессовых ситуаций*** невротические проявления могут появляться, усиливаться, невротические реакции переходить в невротическое состояние, *острое стрессовое расстройство*.

У детей дошкольного возраста, как и у более старших, могут отмечаться те же диагностические признаки посттравматических стрессовых расстройств, что и у взрослых:

- наличие в анамнезе необычной по мощности стрессогенной ситуации;
- постоянное возвращение к переживаниям травмирующей ситуации;
- устойчивое стремление избегать всего, что могло бы напомнить о травме;
- устойчивый повышенный уровень возбудимости.

Однако проявляются они часто в стертом виде и нужно уметь их увидеть [6].

При напоминании о пережитой психической травме дети расстраиваются и замыкаются, отказываются рассказывать о ней. Интереса к прежним играм они не проявляют, а если и начинают принимать в них участие, быстро отвлекаются, не способны соблюдать правила, часто конфликтуют. Конфликты нередко переходят в потасовки. В то же время появляются новые индивидуальные повторяющиеся игры, имеющие стереотипный характер, символически или прямо отражающие содержание психотравмирующей ситуации, тревогу, страх смерти [2, 7]. Нередко в этих ритуализированных играх дети используют предметы, имеющие отношение к пережитым травматическим событиям. Также у детей часто отмечаются трудности засыпания, беспокойный сон с пробуждениями, ночными кошмарами прямо или символически отражающими травмировавшую ситуацию. После травмы появляется острая потребность постоянно находиться вместе с мамой или иным значимым взрослым. Вообще состояние детей очень зависит от состояния матери, других членов семьи, их эмоционального настроя и поведения. Дети с наиболее тяжелыми проявлениями стрессового расстройства, как правило, имеют кого-то из близкого окружения, также страдающего подобным, индуцируют его эмоции. К симптомам регресса также относятся сосание пальцев, утрата навыков опрятности (симптомы энуреза, энкопреза), причем энкопрез – признак тяжелого нарушения. Возможен регресс речевых навыков. Мутизм может быть полным, когда общение с окружающими осуществляется без использования речи с помощью жестов, или элективным, при котором в общении с близкими родственниками сохраняется шепотная речь иногда с нарочито пуэрильным коверканьем слов.

Задачей воспитателей и психологов является выявление стрессового расстройства у ребенка, формирование у его родителей мотивов консультирования и психотерапии, следить за выполнением рекомендаций.

Особенности психического развития детей школьного возраста (период второго детства)

В V возрастном периоде *второго детства* (младшего школьного возраста по Д.Б. Эльконину [30]) указаны разные возрастные рамки для мальчиков и девочек: мальчики с 8 до 12 лет, девочки с 8 до 11 лет. Основным авторитетом для ребенка этого возраста становится учитель.

Уровнем преимущественного нервно-психического реагирования у них становится *аффективный*. Выделенный Л.С. Выготским *четвертый возрастной кризис – кризис семи лет* связан с необходимостью школьной адаптации, требующей утраты ребенком непосредственности, возникновения дифференциации внутренней и внешней жизни. В этом возрасте у ребенка активно идет осмысление происходящего с ним, формируется самолюбие, самооценка [43]. По Э.Х. Эриксону период второго детства – это *четвертая фаза развития* с 6 до 12 лет. Она получила название *фазы латентности или фазы трудолюбия-неполноценности.* В этом возрасте развивается способности к логическому мышлению, самодисциплине и взаимодействию со сверстниками по предписанным социальным правилам. Однако, если ребенок недостаточно подготовлен к школе, не готов прикладывать усилия, то освоение школьной программы дается с большим трудом, в обучении предметам абстрактным, трудно усваиваемым, он не успешен. Развитие многих детей затруднено, если жизнь в семье и школьная жизнь не подтверждает надежды ранних стадий [31]. Особое значение для ребенка на этой стадии приобретает отношение к нему классного руководителя. Именно непринятие ребенка учителем (мнимое или действительное), неуместные публичные шутки в его адрес, проявление несправедливости могут быть сильным психотравмирующем фактором. Чувство неполноценности возникает также и в случае, если дети видят, что личностная значимость и достоинство в обществе зависят от материальной обеспеченности, социального положения, иногда внешности, пола национальности и пр. Подобная ситуация нередко приводит к колебаниям настроения, эмоциональной нестабильности, повышению тревоги, развитию невротическим реакциям по астеническому, истерическому или навязчивому типу. Дети с такими особенностями требуют внимания взрослых, так как нередко становятся жертвами буллинга или моббинга как в семье, так и детском коллективе. При буллинге жертва подвергается постоянным издевательствам со стороны одного из членов семьи или коллектива, а при моббинге преследователями становятся большинство членов коллектива. Часто при этом часто невротические реакции становятся единственным, но неконструктивным способом решения возникающих проблем. В результате формируется невротическое состояние, то есть невроз соответствующего

вида требующий лечения у врача психотерапевта. В процессе преследований могут возникать стрессовые ситуации сильного эмоционального напряжения, приводящего к грубому нарушению адаптации.

При *стрессовых расстройствах* во втором периоде детства клинические проявления полиморфны, однако всегда отмечаются эмоциональная лабильность с преобладанием гипотимии, нередко со слезливостью и с дисфорическим оттенком, с выраженным негативизмом. Замотивировать таких детпей на беседу, игру, выполнение тестовых заданий достаточно трудно. Если же это удается, то во время общения со специалистом дети непоседливы, легко отвлекаются, односложно, формально отвечают на вопросы или игнорируют их. Так же, как и у детей предыдущей возрастной группы, у многих появлялся энурез, энкопрез, чаще встречается заикание, тики. Вокализованные тики, как правило, свидетельствуют о тяжести состояния. Школьники утрачивают интерес к учебе. В сочетании с появившимися трудностями обучения, обусловленными ухудшением внимания и памяти, повышенной утомляемостью, это приводит к ухудшению успеваемости, что в свою очередь может провоцировать прогулы и усугублять ситуацию. Часто дети начинают избегать друзей, утрачивают прежние интересы. Они отказываются посещать кружки, спортивные секции, художественные и музыкальные школы, в которые раньше ходили с удовольствием.

Пережившие психическую травму, особенно если она сопровождалась реальной угрозой жизни, гибелью других людей, раньше сверстников начинают много думать о смерти, это нередко сопровождается повышением интереса к религии. Усугублять эти переживания могут соматовегетативные нарушения, симптомы которых более очерчены. Это могут быть головные боли, боли области сердца, живота… Возникают ипохондрические идеи о тяжелом заболевании, страх смерти. Часть детей при этом боятся собственной смерти, других больше волнует возможная смерть мамы, близких родственников. Подобные страхи и мысли настолько значимы, что ребенок безуспешно стремится блокировать не только воспоминания о пережитой травме, но и мысли о неизбежной смерти. Говорить об этом он, как правило, боится и не хочет даже с близкими людьми. Постоянная подавляемая тревога может трансформироваться в гетероагрессию, сопровождающуюся выраженными нарушениями поведения или, особенно если ребенок испытывает связанную с травматической ситуацией чувство вины, – в аутоагрессию в виде навязчивостей (онихофагия, трихотилломания и пр.).

Чувство вины особенно часто возникает у лиц, переживших травматическую ситуацию, в которой кто-то погиб. Именно у детей этой возрастной группы мы встречали нарушение пищевого поведения в виде пикацизма (лат.: pica – сорока). Проявлялся он у детей в желании поедать несъедобное (бумагу, мел, воск и пр.). Матери этих детей часто так же, как правило, имели признаки посттравматического стрессового расстройства, депрессивную симптоматику. Р. Шпиц отмечал, что дети с пикацизмом

значительно чаще других сверстников попадают в ситуации, угрожающие их здоровью (случайно обжигаются, падают, глотают острые предметы и т. п.) [20]. Это может отражать тревожные бессознательные аутоагрессивные тенденции. В тяжёлых случаях дети становятся заторможенными и пассивными («numbing of affect», «psychic numbing»).

Особенности психического детей школьного возраста (период отрочества)

В VI периоде *отрочества* находятся мальчики 13-16 лет и девочки 13-15 лет. Преобладающим уровнем нервно-психического реагирования в этом возрасте становится *эмоционально-идеаторный* [15]. По Д.Б. Эльконину – это период младшего подросткового возраста [30]. Подростки начинают оперировать абстрактными понятиями, пытаться решать экзистенциальные проблемы, что повышает уровень их базальной тревоги. Происходит девальвация прежних авторитетов, главным становятся авторитет группы сверстников. Л.С. Выготский отмечает, что в этом периоде дети переживают *пятый* возрастной кризис – *кризис подросткового возраста* (12-14 лет). Он характеризуется развитием подросткового негативизма, противопоставлением своего «Я» окружающей действительности, а также повышенной импульсивностью [4]. Период отрочества Э.Г. Эриксон включает в Пятую стадию развития и называет ее стадией *идентификации личности и путаницы ролей.* Он характеризует подростка как нетерпеливого идеалиста, полагающего, что создать идеал на практике не труднее, чем вообразить его в теории. Подросток пытается вырабатывать теории и мировоззрения, которые смогут примирить все противоречия в жизни и создать гармоническое целое. Он созревает физически, испытывает новые ощущения и желания. Возникает амбивалентное отношение к родителям «любви и ревности», авторитет их снижается. Начинается активный поиск предмета любви и дружбы в собственном поколении. Подросток решает задачу всесторонней психосоциальной идентификации. Для этого нужно объединить все, что он знает о себе самом как об ученике, ребенке, друге, спортсмене и пр. Все эти роли он должен собрать в единое целое, осмыслить его, связать с прошлым и проецировать в будущее. Тогда у него появится ощущение понимания того, кто он есть, где находится и куда идет. Если не удается определить свое «Я», возникает путаница ролей и неуверенность в понимании того, кто он такой и к какой среде принадлежит [31]. Современному подростку, в отличие от сверстников прежних поколений, разобраться в этой путанице очень трудно. А.А. Реан изменения, произошедшие в последние десятилетия, оценивает, как грандиозные, так как они, связаны с изменением шкалы социальных ценностей, позиций и установок личности, ее системы отношений [24]. Это способствует раннему осознанию подростками опасностей и конечности жизни. Нивелируются иллюзии Тейлор (Taylor S.E.), то есть представления о том, что жить не опасно, что ничего плохого в жизни с ними и с я в этом их близкими произойти не может [35], что впереди долгая счастливая жизнь. Сомнения в

этом, неопределенность будущего придает особое направление характерным для всех подростков размышлениям о смысле жизни, смерти, собственном предназначении, иногда достигающим накала, так называемой, метафизической интоксикации. Приводит к колебаниям настроения, высокой базальной тревоге, что способствует развитию неврозов, дезадаптации, суицидальным тенденциям. Интерес к смерти находит отражение в увлечении мистикой, в популярности комиксов, фильмах о зомби, вампирах, объединяет подростков в группы. В интернете появляются «группы смерти» («Синий кит» и др.).»

Родителям, педагогам, психологам важно знать, что у подростков повышена жажда впечатлений (сенсорная жажда). Этим объясняется их тяга испытывать мощные воздействия на все органы чувств (чрезмерно громкая музыка, яркие световые эффекты, спортивные зрелища и т.п.); раннее начало половой жизни; рискованное поведение (посещение заведомо опасных мест, катание на роликах или скейтборде по проезжей части дороги без шлема, «зацепинг» и пр.; позднее – езда в автомобиле в состоянии опьянения, и пр.). Таким образом они стремятся снизить свою базальную тревогу. Важно помочь им выбрать конструктивные способы сделать это, иначе они воспользуются неконструктивными.

К неконструктивным способам, которыми подростки пытаются справиться с базальной тревогой, является появление у них *аддикций – зависимостей.* Они помогают подросткам без особого напряжения путем постоянной фиксации внимания на определенных предметах или активной деятельности без особого напряжения и труда изменить эмоциональное состояние и искусственно утолить сенсорную жажду впечатлений.

Аддикция (англ. addiction – склонность, привычка) – это ***потребность совершать определённые действия, несмотря на неблагоприятные последствия медицинского, психологического или социального характера.*** В результате как формируется аддиктивное поведение – одна из форм деструктивного поведения [17, 18]. Различают химические и нехимические аддикции.

Химические зависимости, в частности токсикомании, относятся к проявлениям аддиктивного поведения и выражаются в стремлении к уходу от реальности путем изменения своего психического состояния посредством употребления психоактивных веществ. К признакам химической зависимости относятся:

- *толерантность*, выражающаяся в заметном ослаблении действия дозы психоактивного вещества при продолжительном приеме и в необходимости постепенного увеличения его количества для достижения интоксикации и желаемого эффекта;
- *абстиненция* – ухудшение физического и эмоционального состояния без периодического постоянного применения психоактивного вещества;
- *попытки прекратить* или сократить прием психоактивного вещества, не приносящие успеха несмотря на затраченные время и деньги

- *доминирующие идеи* о том где и как достать желанную дозу; постоянные усилия, направленные на ее приобретение;
- *сужение круга* интересов, сокращение времени, уделяемого учебе, старым друзьям, родственникам, изменение круга общения;
- игнорирование ухудшения психического и физического состояния здоровья, продолжение употребления психоактивного вещества.

В школьном возрасте в связи со сложностью приобретения запрещенных дорогостоящих психоактивных веществ наиболее популярными оказываются табак, дешевый алкоголь. Часто с этой целью используются подручные средства, например, вдыхание паров бензина. Последнее время в среде подростков популярен так называемый сниффинг (англ.: sniff – нюхать). При этом подростки, часто в компании, без труда приобретя туристические газовые баллоны или баллоны для заправки зажигалок, вдыхают газ, вызывая у себя эйфорию, иногда обманы восприятия. К сожалению, явления сниффинга отмечаются уже у детей 8-9 лет. Регулярное вдыхание газа может приводить к развитию энцефалопатий. Родителям, педагогам, психологам важно выявлять ранние признаки этой токсикомании: специфический запах газа от волос и одежды ребенка, слабость, нарушения координации движений, расширенные зрачки, смена настроений вялого, пассивного на возбужденное, агрессивное.

К сожалению, в последние годы наблюдается рост употребления подростками синтетических наркотиков (солей, мефедрона и др.) [25] и психостимуляторов. При этом подростки скрывают подобные проблемы от взрослых, а надежных инструментов для выявления зависимости не существует. Поэтому необходимо родителям, школьным психологам, учителям проявлять бдительность, а также организовывать работу, направленную на усиление протективных факторов, таких как формирование комфортной и безопасной образовательной среды, поддерживающих семейных отношений, формирование широкой социальной сети, сплочение детского коллектива вокруг интересной совместной внеучебной деятельности.

К *нехимическим относятся*: патологическое влечение к азартным играм (гемблинг); эротические аддикции (зависимость от просмотра порнографий, сексуальных действий); технологические аддикции пищевые аддикции (переедание, голодание); к совершению противоправных поступков (клептоманя, драки); *кибер-сексуальная зависимость* («киберсекс») – зависимость от порнографических сайтов в Интернете, обсуждения сексуальной тематики в чатах или закрытых группах «для взрослых»; интернет-аддикции. К ним относятся *компьютерная зависимость* (пристрастие к работе с компьютером: к играм, программированию и пр.); *стремление к навигации в сети*, поиску данных в различных базах; *стремление к* получению как можно больше разнообразной *информации*, к интернетым азартным играм, он-лайновым аукционам, электронным покупкам; *кибер-коммуникативная зависимость* от общения в чатах,

групповых играх и телеконференциях [36]. Все это может в итоге привести к замене имеющихся в реальной жизни семьи и друзей виртуальными.

А.Ю. Егоров выделяет «социально приемлемые», аддикции стимуляция которых может помочь справиться с социально нееприемлемыми. Это работоголизм, занятия творчеством; спортивные аддикции, религиозные аддикции, аддикции отношений [10].

Сенсорная неудовлетворенность, характеризующаяся подавленным состоянием, скукой, апатией, ощущением пустоты, которые часто возникают в конце учебной недели, ближе к выходным дням. Подросток не знает, чем заняться, ощущает экзистенциальный вакуум – потерю цели и смысла деятельности, у него *снижается настроение*, он *испытывает сильную тревогу.* К неконструктивным способам справится с этим относятся проявления *гетероагрессии,* позволяющие почувствовать себя сильным хоть на какое-то время и *аутоагрессивности*, отражающей негативные переживания, связанные с комплексом неполноценности. Основной причиной высокой детской агрессивности является распространенность случаев насилия над детьми в разных формах (физическое, психологическое, сексуальное, информационное, пренебрежение нуждами и др.) в семьях. по данным разных источников в России насилию в семьях подвергается от 3% до 60% от общего количества детского населения. Ребенок, ставший жертвой насилия дома, отличается высокой склонностью к риску, агрессии, либо провоцирует окружающих на агрессивные или пренебрежительные поступки по отношению к себе.

Аутоагрессия (греч.: *autos* – сам; лат.: *aggressio* – нападение) проявляется стремлением к нанесению себе вреда, физических повреждений, вплоть до создающих угрозу здоровью и жизни. К формам проявления аутоагрессии относятся рискованное поведение, самоповреждения, суициадальное поведение. Признаками склонности к возможной аутоагрессии могут служить *колебания настроения* с преобладанием сниженного, потеря интереса к прежним занятиям, ухудшение успеваемости, безразличие к внешнему виду, уменьшение количества коммуникаций, потеря аппетита, снижение веса, разнообразные диссомнии и пр. Особое внимание следует обращать на появление рискованного поведения, которое помимо снижения влечения самосохранения свидетельствует о неудовлетворенной сенсорной жажде.

Гетероагрессия (греч.: heteros – другой; лат.: aggressio – нападение) – стремление нанесения вреда, физических повреждений, психологических, сексуальных издевательств отдельному лицу, группе лиц или всему окружающему.

В детских коллективах часто встречается проявление *гетероагрессии,* в форме буллинга, моббинга, колумбайна.

Буллинг (англ.: *bullying* – запугивание, травля,) представляет собой длительное физическое или психическое насилие в отношении индивида, который не способен защитить себя в данной ситуации. Насильственные действия совершает индивида один или в составе группы, но при наличии

других действующих лиц, кроме жертвы и обидчика». Совершаемый насилие называется буллером. Нередко жертва насилия стремиться стать буллером.

Воспитателям, педагогам, психологом важно знать, что нередко поводом к возникновению буллинга может служить предвзятое отношение к ученику, насмешки над ним со стороны взрослого. К признакам буллинга относятся: умышленное нанесение вреда, злоупотребление буллера своим превосходством над жертвой, неоднократность совершения агрессивных действий, отсутствие контроля жертвы над ситуацией, невозможность жертвы прекратить ситуацию или ее покинуть. Буллинг может трансформироваться в моббинг.

Моббинг (англ.: *mob* – банда) – это форма коллективного психологического насилия, имеющее тенденцию к эскалации преследование группой детей жертвы с намерением унизить, подчинить ее, вынудить к стремлению покинуть коллектив.

Различают формы булиинга и моббинга по *характеру насильственных действий* (физический, вербальный, социальный), *по характеристикам объекта* насилия (полу, возрасту, физическим особенностям, национальности, состоянию здоровья, обеспеченности). *По среде распространения* возможны школьный и семейный буллинг и моббинг, в секциях, кружках. Появился кибербуллинг и его вариант – сексторшн в форме шантажа в интернете с использованием материалов интимного характера.

В младших классах явления буллинга и моббинга наблюдаются редко. В старших классах риск их возникновения высок. В обязанности педагогов и психологов входит предупреждение этих нежелательных явлений, выявление самых ранних проявлений их и борьба с ними. В противном случае они могут столкнуться с колумбайном, являющимся результатом сочетания проявлений иаутоагрессии и гетероагрессии одновременно.

Колумбайн или *скулшуттинг* (англ.: schoolchooting) это массовое убийство учащихся, произведенное либо учеником, либо выпускником или посторонним с возможным последующим суицидом убийцы. Название дано по имени школы в США, в которой произошло массовое убийство учащихся, произведенное учениками, потом покончившими с собой. К сожалению, похожие случаи регулярно происходят и в разных регионах России в Москве, Казани, Улан-Удэ, Ижевсе, Перми Новосибирске, Керчи, Благовещенске и др.). И жертвы буллинга, моббинга, колумбайна, и буллеры находятся в состянии стресса или испытывают острые и хронические посттравматические стрессовые расстройства.

Переживание *психотравмирующей* ситуации в препубертатном или пубертатном возрасте чаще, чем у взрослых людей выражается в аутоагрессивных действиях, которые могут носить характер *саморазрушающих* невротических или неврозоподобных ритуалов, а также посттравматических стрессовых расстройств.

Для пережившего психическую травму подростка жизнь становится непредсказуемой, строить планы на будущее становится бессмысленным,

возникает утрата перспективы («foreshortened future»). Перенесший психическую травму, сопровождавшуюся угрозой здоровья и жизни, боится повторения травмы, избегает всего, что может о ней напомнить. У подростков могут сформироваться клинически четко очерченные навязчивые идеи, воспоминания, содержание которых связано с психотравмой. Они могут провоцироваться внешними стимулами, но могут возникать без видимой причины, в полном покое. Подросток старается бороться с ними, не думать и не вспоминать страшные события, но безуспешно. На короткое время снизить тревогу помогают ритуалы, носящие символический защитный, гетеро- или аутоагрессивный характер, но и они воспринимаются как чуждые, предпринимаются попытки справиться и с ними (часто стимулированные окружающими: «не делай так!»), однако сдержаться и не совершать их не получается. Помимо тревоги, растет чувство вины. Эти эмоции не оставляют и ночью, так как сновидения наполнены страшными образами. Интересно, что в отрывках сновидений, которые удавалось воспроизвести, нередко находят отражение прямо или в символической форме вытесненные по механизмам лакунарной амнезии моменты психотравмирующей ситуации. Это же можно сказать о диссоциативных эпизодах по типу вспышек пережитого («flash backs»), которые у подростков чаще всего встречаются в виде ярких гипногогических или гипнопомпических галлюцинаций.

Мучительные переживания в сочетании с потерей перспектив могут приводить к мыслям *о суициде, а иногда и к суицидальным намерениям*. Ранними признаками склонности к аутоагрессии являются безразличие к внешнему виду, падение академической успешности, изменения во взаимоотношениях со сверстниками, рискованное поведение, снижение аппетита, веса, диссомнии и пр.

Несуицидальное самоповреждающие действия или *селф-харм* (англ.: *self-harm*) – (самопорезы, а также прижигания себя, выдергивание волос, аутопирсинг, удары о твердые предметы, провоцирование побоев и пр.). В последние годы это встречается все чаще, причем и у лиц более младшего возраста: не в 16-17 лет, как это было раньше, а в 12-13 лет, а не), и преобладают среди них девушки.

Одной из причин повышения и омоложения склонности к аутоагрессивному поведению является характерная для современных подростков вечерне-ночная социальная активность (англ.: *eveningness),* нарушающая синтез гормона мелатонина. Это влечет за собой временные изменения пика выброса других гормонов, в частности кортизола. Как правило, самоповреждение проводится в тайне. При порезах на руках стараются носить одежду с длинными рукавами, их скрывающими, но не тогда, когда самоповреждение носит подражательный характер, демонстративный. В этом случае его цель – привлечь внимание окружающих к своим переживаниям, получить помощь.

Неосознаваемыми или частично осознаваемыми целями самоповреждений могут быть:

- своеобразное наказание себя при низкой самооценке,
- испытание себя, своего мужества;
- желание почувствовать себя хозяином своего тела, его границ;
- попытка уменьшить душевную боль, заменив ее физической.

Самоповреждающие действия свидетельствуют о снижении влечения самосохранения, совершаются, как правило на фоне депрессивной симптоматики, заниженной самооценки, происходят на бессознательном уровне. Вряд ли целесообразны расспросы обеспокоенных близких людей, а нередко и специалистов о причинах самоповреждений, так как ответов у совершавших их нет. Поиски ответов приводят к попыткам рационализации, повышают тревогу, могут привнести появление обсессивного компонента. Беседа может помочь выявить причины болезненных переживаний, побуждающих к самоповреждению. Они могут быть связаны с трудностями общения со сверстниками, с неблагополучием семейных отношений, с проблемами в учебе, с пробуждающейся сексуальностью, с неудовлетворенностью своей внешностью, с яркими воспоминаниями о травматических событиях и пр.

Суицид (лат.: *sui* – себя, *caedo* – убивать) – умышленное лишение себя жизни. Родителям, педагогам, психологам важно различать демонстративно-шантажное и истинное суицидальное поведение.

Демонстративно-шантажное суицидальное поведение имеет целью не лишение себя жизни, а лишь демонстрацию этого намерения. Педагоги не должны проявлять негативное отношение к таким попыткам, а рассматривать такое поведение как форму призыва о помощи. Важно отметить, что недостаточная бдительность окружающих может привести к тому, что на высоте аффекта попытки могут привести к смертельному исходу.

Истинные суициды предпринимаются с целью лишения себя жизни. Суицидальное поведение разнообразно. Оно включает:

- Пассивные *суицидальные мысли* о смерти, суициде или о серьезном самоповреждении. Они носят недифференцированный характер и не связаны с формированием реального суицидального плана.
- *Суицидальные тенденции*, проявляющиеся активными мыслями о самоубийстве, реальным намерением убить себя, суицидальными побуждениями и обдумыванием подходящего способа суицида, его места и времени.
- *Парасуицид* причинение вреда собственному здоровью не связанное с действительным стремлением к смерти;
- *Суицидальные попытки* – нанесения себе повреждений или совершение самоубийства без летального исхода.
- *Абортивный суицид* – это истинное самоубийство по каким-то обстоятельствам (субъективным или объективным) остановившееся перед завершающим действием и не окончившееся смертью.
- *Завершенный суицид* – самоубийство, приведшее к смертельному исходу.

В *препубертатном и пубертатном возрасте* подросткам присуще повышенное чувство справедливости, эмоциональность, склонность к экстремальным реакциям. Наиболее частыми причинами суицидальных попыток являлись: конфликты с родителями, далее в порядке убывания следуют школьные проблемы, конфликты со сверстниками, острая психическая травма, психические расстройства. При этом, примерно в половине случаев наблюдалось сочетание различных факторов (дисгармоничные отношения в семье в сочетании со школьными проблемами являются предрасполагающими факторами для катастрофического или неадекватного реагирования на проблемы отношения со сверстниками).

Чаще всего суицидальные попытки представляют собой аффективные реакции на стрессовые ситуации, на втором по частоте месте демонстративное суицидальное поведение.

На третьем месте суицидные попытки, совершение которых обусловлено психотическим состоянием. Незакаленность в житейских бурях и невзгодах приводит молодых к суицидальным попыткам в случаях, когда более зрелые люди выбрали бы иную форму реагирования. Гормональные сдвиги, происходящие в пубертатном периоде, считаются факторами, предрасполагающими к возникновению депрессии.

Изменения настроения и высокая базальная тревога непременные проявления *стрессового расстройства*. Чем старше возраст подростка, тем меньше отличий клинических проявлений посттравматического стрессового расстройства от подобных проявлений у взрослых. Разнообразие клинической картины, степень тяжести стрессовых расстройств, особенности течения и успешность помощи детям и подросткам зависит многих факторов, которые необходимо выяснить. Условно их можно разбить на три группы:

А. Факторы, имеющие место до травмы (преморбид):

- личностные особенности пострадавшего;
- соматические особенности пострадавшего;
- состояние соматического здоровья на момент травмы;
- состояние психического здоровья на момент травмы;
- состояние отношений в семье на момент травмы;
- опыт переживаний психотравмирующих ситуаций и успешность их разрешения в прошлом.

Б. Факторы, имеющие место во время травмы:

- тип психотравмирующей ситуации (военные, криминальные, гражданские травмы; природные, техногенные катастрофы);
- продолжительность ситуации психической травмы;
- степень информированности о возможной помощи, о времени прекращения мучений;
- степень переживаемой (реальной или воображаемой) угрозы здоровью или жизни (собственных и других людей, особенно близких);
- степень переживаемой (реальной или воображаемой) угрозы унижений и издевательств (над собой, над другими людьми, особенно близкими);

- гибель во время критической ситуации людей (особенно родных);
- получение ран, увечий, контузий, степень их тяжести, переживания чувства боли;
- активное или пассивное участие в прекращении психотравмирующей ситуации.

В. Факторы, имеющие место после травмы:

- степень переживаний чувства вины и стыда за своё недостойное (мнимое или реальное) поведение во время психотравмирующей ситуации, ощущения себя опозоренным;
- степень риска повторения психотравмирующей ситуации;
- успешность или безуспешность поиска виновного в создании психотравмирующей ситуации (противника, преступника, халатного работника, чиновника и пр.);
- возможность возмездия, степень удовлетворенности им;
- при получении ранений, длительность, доступность и сложность необходимого лечения, переживания чувства боли;
- вынужденная разлука с семьей после пережитой психотравмирующей ситуации;
- сплочение семьи или ухудшение семейных отношений после психотравмирующей ситуации;
- полная или частичная возможность восстановления здоровья, информированность об этом пациента и его родственников;
- наличие или отсутствие стигматизации;
- изменения места и условий проживания (разрушенный дом, вынужденное переселение и пр.);
- изменение материально-бытовых условий в результате психотравмирующей ситуации;
- возможность вернуться к прежнему образу жизни или необходимость его менять;
- своевременность, адекватность и доступность медицинской, психологической, психотерапевтической и социальной помощи;
- степень мотивации пострадавшего на получение помощи;
- преемственность специалистов в работе с пострадавшими.

Все эти факторы должны быть известны специалисту, работающему с пострадавшим, чтобы правильно диагностировать характер последствий психической травмы, предполагать течение посттравматических расстройств и с учетом этого планировать лечение и реабилитацию. Как показала практика, психологи, работающие с пострадавшими в результате психической травмы, часто стремятся получить необходимую информацию в основном с помощью психологического тестирования *и недостаточно уделяют внимания к клинико-психологическим методам беседы, включенного наблюдения*. Это приводит к тому, что многие ценные сведения упускаются из вида.

На детей и подростков влияют все перечисленные факторы, однако, некоторые из них имеют особое значение. Чем младше ребенок, тем труднее ему осмыслить происходящее во время психотравмирующей ситуации, тем больше он сориентирован на поведение взрослых, их восприятие происходящего. Большинство аффективных проявлений последствий стрессовых расстройств у ребенка связано с психотравмирующей ситуацией. Не только в момент получения психической травмы, но и после разрешения ситуации разлука с родителями ухудшает состояние пострадавшего ребенка. В связи с этим при первой же возможности необходимо вернуть детей, перенесших психотравмирующую ситуацию, в семьи и больше не разлучать их. Если обстоятельства позволяют, то оказывать помощь пострадавшим в результате психической травме следует на месте.

В формировании стрессового расстройства у детей велико значение эмоционального состояния и поведения окружающих их значимых взрослых, прежде всего родителей. Если члены семьи не делились непосредственными переживаниями по поводу травмирующей ситуации, не выражали свои эмоции, пресекали все разговоры, это усиливало риск возникновения посттравматического стрессового расстройства у пострадавшего, тяжесть этого расстройства и затяжное течение.

Важно отметить, что специалисты, сами пережившие психотравмирующую ситуацию, принимать участия в оказании помощи, пострадавшим в ней, не должны. Важно подчеркнуть, что чем тяжелее переживания, тем больше времени требуется для установления психотерапевтического доверительного контакта с пострадавшим, только добившись которого специалист получает право затрагивать и болезненные, часто интимные темы.

Выявление в детских коллективах детей с эмоциональной лабильностью и высоким уровнем тревоги

Своевременное раннее выявление воспитателями, педагогами и психологами в детских коллективах детей с колебаниями настроения лабильностью и высоким уровнем тревоги является первоочередной задачей, позволяющей вовремя разобраться в ситуации, оценить ее и принять адекватные меры профилактики возникновения невротических и стрессовых расстройств. Причем это необходимо не только для помощи ребенку, но и для сохранения здоровья всего детского коллектива.

Основными методами проведения это работы является *включенное наблюдение* и *беседы с детьми*.

Включенное наблюдение – это качественный метод исследования, позволяющий проводить полевое изучение детей и подростков в их естественной среде и в повседневных жизненных обстоятельствах, то есть изучение социальных групп «изнутри». Метод предполагает умение специалистов не только смотреть, но и видеть. Это доступно только тем, кто знает, что он намерен увидеть, что означают те или иные проявления поведения ребенка. В зависимости от поставленных задач специалист может

быть активным участником происходящих событий, участником-наблюдателем, наблюдателем-участником, сторонним наблюдателем

Таким образом специалист получает возможность обратить внимание на те особенности и детали, которые скрыты от глаз непосвященного, однако являются важными для исследуемого субъекта и его окружения. Анализ происходящего в коллективе детского сада на прогулке, во время обеда, сна, игровых занятий; в школе – на уроках, на переменах, в спортзале позволяет выявить смысл происходящих действий, взаимодействий, объяснить и оценить их. В процессе включенного наблюдения специалист, опираясь на полученные результаты и на наблюдения сотрудников, выявляет тех детей, которые нуждаются в индивидуальной работе и приглашает их на индивидуальную беседу.

Задачей беседы может быть выявление особенностей эмоциональности ребенка, причин его тревоги, определение необходимых и возможных путей коррекции. При необходимости назначается психологическое консультирование (лат.: consultare – советоваться, заботиться). В процессе консультирования формируются доверительные отношения, происходит присоединение к консультируемому, во время беседы фокусируется внимание на изменении чувств, мыслей и действий консультируемого таким образом, чтобы он получил поддержку, разрешил свои проблемы, улучшил качество жизни.

Педагогические, психокоррекционные и психотерапевтические методы, рекомендуемые при работе с несовершеннолетними

Педагогические методы осуществляются в процессе взаимодействия учителя с учениками и направлены на передачу и усвоение определенных знаний, умений и навыков. Они включают ***организацию учебно-познавательной деятельности, ее стимулирование и проверку эффективности проведенной работы.***

Психокоррекцтонная работа направлена на коррекцию эмоциональных, идеаторных, поведенческих отклонений у подростка, на развитие навыков самоанализа, самоконтроля, самовыражения, саморегуляции и на обретение подростком положительных ценностных ориентиров и личностных смыслов жизни.

Психотерапия – это психологическая коррекция, которая путем бесед и обсуждений и применения ряда различных психотерапевтических методик осуществляется врачом психотерапевтом или клиническим психологом с целью улучшения самочувствия и к адаптации в обществе консультируемого.

Так как у детей и подростков не развиты или недостаточно развиты (чем младше ребенок, тем хуже) навыки восприятия информации и выражения своих чувств с помощью речи, предпочтительнее работать с ними методами игровой психотерапии, сказкотерапии, песочной терапии, арт-терапии и некоторых других. Важнейший принцип взаимодействия психолога с ребенком в процессе серийного рисования – безусловное одобрение и принятие всех продуктов творческой деятельности, независимо

от их содержания, формы и качества. Используя их, терапевт может легче присоединиться к несовершеннолетним, помочь им раскрыть свои переживания, связанные с травматическим событием. Выбор методики зависит от опыта и квалификации психолога или психотерапевта, а также от возраста, личностных особенностей пациента, специфики психотравмирующей ситуации.

Начиная с детей школьного возраста можно также использовать хорошо зарекомендовавшую себя *методику десенсибилизации и повторной обработки травматического опыта с помощью движения глаз* Ф Шапиро (F. Shapiro - Eye Movement Desensitization and Reprocessing EMDR), а также метода мышечной релаксации, подбирая индивидуально методики с учетом возраста, степени тяжести состояния. При этом категорически не рекомендуется использовать авторитарную прямую суггестию.

Среди эффективных и зарекомендовавших себя психотерапевтических подходов к помощи детям и подросткам с расстройствами аффективного спектра, самоповреждающим поведением, высоким суицидальным риском и хронической суицидальностью можно рекомендовать применение *когнитивно-бихевиоральной психотерапии* (КБТ), *диалектико-бихевиоральной терапии* (ДБТ), эффективность которых доказана многочисленными исследованиями.

Все перечисленные методы могут применять только специалисты, прошедшие соответствующую подготовку. Независимо от профессии специалиста (и психолог, и врач) должны строго следовать завету Гиппократа «Не навреди!». Основными методами являются метод беседы и наблюдения. Использования большого числа методик, требующих заполнения бланков, может затруднять формирование доверительных отношений, даже пугать.

Параллельно психологическая помощь должна оказываться родственникам детей и подростков. Родителям ребенка необходимо дать рекомендации по общению с ним, способам оказания эмоциональной поддержки.

В беседе с эмоционально лабильным тревожным ребенком специалист нередко сталкивался, как с сознательным утаиванием каких-то фактов пациентом, так и с неосознанным вытеснением конфликтных и стрессовых ситуаций. С целью преодоления подобных трудностей были разработаны проективные арт-терапевтические технологии «*Метод когнитивно-метафорической реструктуризации травматического опыта* (автор – И.В. Добряков) и «*Метод серийных рисунков и рассказов*» (автор – И.М. Никольская) [34]. Их использование способствует формированию доверительных отношений специалиста с пациентом, позволяет завуалировано, исподволь коснуться пережитых неприятных, конфликтных ситуаций, вскрыть связанные с ними переживания, осуществить отчуждение от них, создать образ позитивного будущего. Технологии этих методов были разработаны и успешно применены в процессе оказания помощи детям и подросткам ей и подростков несовершеннолетним с явлениями ПТСР (в

Беслане, Чечне, Карабахе, Оше).

Метод когнитивно-метафорической реструктуризации травматического опыта

Метод базируется на нарративном (повествовательном) подходе. Его суть – совместное с пациентом сочинение сказок, в метафорической форме отражающих пережитую травмирующую ситуацию [33].

Такая психотерапевтическая проективная технология может использоваться для установления терапевтического доверительного контакта, диагностики и коррекции внутреннего мира детей дошкольного возраста и старше.

Сюжет сказки, возникающий в процессе диалога пациента и терапевта, отражает реальность, но зависит не столько от неё, сколько от терапевта. Его задача – направить повествование таким образом, чтобы пациент-рассказчик наполнил его символами, отражающими свои негативные переживания, связанные с тревожащей его ситуацией. Встречаемые при этом нелогичность сюжета, его фрагментарность являются самыми интересными с диагностической точки зрения и подсказывают пути терапии.

Далее терапевт поворачивает сюжет так, что пациент актуализирует свой ресурс и рассказывает, как его герой в конце сказки решает свои проблемы, пережив все беды, выходит победителем. Большое значение придается тому, какое и почему название даёт пациент рассказу, а также окончанию повествованию («морали»). Возможно дальнейшее разыгрывание по ролям важных отрывков придуманной отрывков придуманной истории или ее полностью.

Приемы анализа сочиненных сказок:

- отделение нетипичных (отражающих особенности автора и его переживаний) элементов повествования от стереотипных, обусловленных возрастом, мало информативных элементов;
- оценка эмоциональных реакций пациента во время рассказа (тревога, удовольствие, враждебность, эмпатия, подавление чувств и т.п.);
- определение основного персонажа, представляющего автора рассказа;
- определение персонажей, отражающих различные свойства личности автора;
- определение персонажей, представляющих значимые фигуры реального окружения автора, обидчика;
- выявление групп персонажей, символизирующих составляющие одной личности;
- выявление символов вытесненных комплексов (например, насекомых, мышей и пр.);
- выявление образов и действий, отражающих родительско-детские отношения;
- определение общей атмосферы рассказа (приятная, нейтральная, пугающая).

Придуманные сказки легче анализировать, чем сны, а принципы анализа примерно те же.

Метод серийных рисунков и рассказов

Метод разработан И.М. Никольской для диагностики и коррекции внутреннего мира детей 7 лет и старше [21, 34]. Использование метода

- облегчает контакт между специалистом и ребенком;
- делает зримыми для взрослых и самих несовершеннолетних их значимые проблемы, их ресурсы;
- выявляет процессы адаптации к стрессу;
- дает ребенку опыт самораскрытия и помогает формированию самосознания;
- создает условия для отреагирования психотравмирующих переживаний;
- формирует опыт взаимодействия со специалистом.

В течение одного сеанса ребенку предлагают создать серию проективных рисунков на заданные темы, составить в диалоге с психологом устные или письменные рассказы о том, что на рисунках изображено. Цель – отражение в продуктах творческой деятельности особенностей внутреннего мира и поведения ребенка:

- его представлений о себе и окружающих;
- желаний, стремлений и фантазий;
- внутриличностных и межличностных конфликтов;
- психотравмирующих переживаний;
- механизмов психологической защиты и копинг-стратегий;
- перспективы будущей жизни.

Результат – осознание и отреагирование ребенком своих проблем посредством их визуализации, вербализации, обсуждения и разделения с другим человеком. Темы для рисования задаются ребенку психологом. Они сформулированы от первого лица (содержат местоимения «я», «мой», «мне» и пр.), эмоционально насыщенны (указывают на переживание ряда эмоций и чувств). После того как сделан рисунок, специалист с помощью уточняющих вопросов побуждает ребенка составить по рисунку рассказ. Он задает вопросы по типу:

- «*Что тут на рисунке происходит*?»,
- «*Где ты (этот человек) находится?*»,
- «*Что ты (этот человек) делаешь (-ет)*?»
- «*Какое у тебя (у этого человека) здесь настроение?*»,
- «*О чем ты (этот человек) думаешь (-ет)?*»

и пр.

При работе с детьми психолог фиксирует свои вопросы и ответы ребенка, при работе с подростками и взрослыми клиент нередко сам дает письменные ответы на вопросы психолога. Таким образом, рассказы по

рисункам создаются в диалоге с психологом. После завершения этой процедуры специалист, ребенок и его родители совместно обсуждают и обобщают проделанную работу (подведение итогов содержания и чувствам). Получая безусловное положительное подкрепление, дети охотно втягиваются в работу. С третьего-четвертого рисунка они обычно начинают рисовать быстро, уверенно и сами дают комментарии к своим рисункам. В какой-то момент они могут отказаться рисовать очередной рисунок и просто рассказывают или записывают рассказ на заданную тему.

Технология работы на сеансе структурирована и включает три этапа, определяющих примерную очередность заданий, которые предлагаются ребенку.

Этап 1. Задача первого этапа – присоединиться к ребенку и ввести его в работу. Рисунки и рассказы на тему «*Мой автопортрет в полный рост*», «*Моя семья*», «*Если бы у меня была волшебная палочка...*». Эти рисунки и рассказы позволяют:

а) познакомиться с ребенком, создать доверительные отношения;

б) исследовать его образ-Я, представления о семейном окружении и самочувствии в семье;

в) осуществить присоединение за счет обсуждения «безопасной» и насыщенной позитивными эмоциями темы желаний, стремлений и фантазий;

г) ввести в работу, то есть создать определенный настрой.

Этап 2. Задача второго – стимулировать рассказ о пережитых сложных ситуациях.

Рисунки и рассказы выполняются на тему «*Я переживаю*», «*Я боюсь*», «*Я об этом не хочу вспоминать*». Эти задания несут основную эмоциональную нагрузку и стимулируют проявление интенсивных чувств и воспоминаний. С их помощью происходит диагностика отрицательных переживаний и связанных с ними трудных жизненных ситуаций, внутриличностных и межличностных конфликтов, механизмов психологической защиты и стратегий совладающего поведения. В процессе исследования психотравмирующих переживаний за счет коррекции механизмов психологической защиты осуществляется отреагирование отрицательных эмоций либо отчуждение от них.

Этап 3. Задача – снятие напряжения, формирование чувства уверенности в себе, ощущение способности справиться с трудностями, создание образа позитивного будущего.

Темы рисунков: «*Я такой довольный, я такой счастливый*», «*Мне 25 лет, я взрослый и работаю на своей работе*», «*Светлое будущее*».

Метод серийных рисунков и рассказов используется как однократная процедура. Все рисунки и рассказы создаются в течение одного сеанса. Однако затем полученные материалы могут использоваться на других сеансах, в течение длительного времени, для детальной проработки вскрытых проблем и отслеживания динамики изменений.

Тест двадцати ответов о себе»

Тест является модифицированной методикой М. Куна (M. Kuhn) и Т. Макпартленда (T. McPartland), известной как методика «Двадцать утверждений» или тест «Кто я?». Суть теста заключается в том, что испытуемого или группу испытуемых просят в течение 12 минут дать 20 различных ответов на обращенный к самому себе вопрос: «Кто я такой?». В инструкции подчёркивается, что ответы должны даваться в том порядке, в каком они приходят в голову испытуемому, независимо от логики и «важности» тех или иных ответов.

Методика «Двадцать утверждений» широко использовалась в социологии, социальной психологии и психологии.

Применяя ее в работе с детьми и подростками, мы модифицировали ее с целью облегчить задачу детям, не фрустрировать их. Тест проводится после знакомства, создания доверительных отношений. Его вполне можно использовать в процессе консультаций детей, начиная со старшего дошкольного возраста. В работе с дошкольниками и детьми первых 3 классов ответы испытуемых записывает консультант. Детям задается один вопрос; «Кто ты» и предлагается дать на него 10 ответов (не 20, как у авторов). Ответы должны быть существительными, записываются в столбик консультантом или самим испытуемым, если он уже хорошо владеет письмом. Время не ограничивается. Если испытуемый предлагает больше 10 существительных, это поощряется, если меньше и отказывается думать дальше, порицаний со стороны консультанта быть не должно. После этого предлагается новое задание: поставить к каждому написанному существительному прилагательное, желательно не повторяясь. Например: «сын - хороший».

Далее предлагается прочитать написанное вслух. Выясняется, можно ли прочитать это маме отцу?

Как отмечали Гудзовская А.А., Мышкина М.С., знакомство с ответами испытуемого позволяет представить его образ, проникнуться его переживаниями. Изучая ответы о себе детей и подростков неизменно приходишь к некоему новому пониманию изучаемой группы [6].

Проведение такого теста не оставляет испытуемого равнодушным, он, как правило, согласен обсуждать свои ответы, давать к ним пояснения, раскрывая лучше свои проблемы, позволяя обсуждать их.

Социометрический ксперимент «Выбор в действии» Я.Л. Коломинского

Целью данной методики является изучение и оценка межличностных отношений в группах детей дошкольного возраста 6-7 лет [16]. При проведении данной методики спользуются групповые исследования. Каждый ребенок в изучаемой группе получает от воспитателя по три привлекательных, желаемых предмета (игрушки, картинки, конфеты и т.д.). Ребенку предлагается оценить эти предметы по степени привлекательности, по тому, насколько другие дети хотели бы их иметь у себя. Потом ребенку предлагается выбрать из своей группы трех детей, которым эти предметы

нужно подарить. При этом самый привлекательный предмет ребенок должен подарить тому, кого он больше всех любит.

После того, как все дети раздадут имеющиеся у них предметы товарищам по группе, экспериментатор определяет кто, сколько и какие предметы получил. В соответствии с количеством полученных предметов определяется социометрический статус (С) ребѐнка в группе по формуле:

КС = n 1 × 100 %

С – статус ребѐнка в группе, в системе взаимоотношений со сверстниками;

К – количество привлекательных предметов, полученных ребѐнком от товарищей по группе;

n – количество детей в тестируемой группе.

Дополнительные данные о количестве наиболее, средне и наименее привлекательных предметов, полученных ребенком, позволяют судить о том, какова степень близости тех отношений, в которых данный ребенок находится со сверстниками. Чем больше наиболее привлекательных предметов получил он в процессе эксперимента, тем ближе его взаимоотношения со сверстниками.

Основанием для выводов о статусе ребенка служат количественные данные, т.е. показатель С

Обработка результатов:

10 баллов – показатель «С» ребенка равен 100%.

8-9 баллов – показатель «С» находится в пределах от 80% до 99%.

6-7 баллов – показатель «С» располагается в интервале от 60% до 79%.

4-5 баллов – показатель «С» находится в пределах от 40% до 59%.

2-3 балла – показатель «С» располагается в пределах от 20% до 39%.

0-1 балл – показатель «С» находится в интервале от 0% до 19%.

Сфера межличностных отношений сложна и завуалирована. Именно социометрия помогает изучить ее наиболее объективно и корректно. В эксперименте, разработанном профессором Я.Л. Коломинским («Выбор в действии»), существует специально адаптированный вариант для дошкольников, который условно назван «У кого больше?» [16]. Экспериментальная процедура состоит в следующем. Предварительно готовятся по 3 переводные картинки на каждого ребенка группы. На оборотной стороне картинки ставится номер, «присвоенный» каждому из детей. Помощник экспериментатора выводит детей, за исключением одного, в другое помещение, где занимает их игрой, чтением книги. Экспериментатор обращается к оставшемуся ребенку: «*Вот тебе 3 картинки. Можешь положить их по одной любым трем детям нашей группы. У кого окажется больше картинок – тот выигрывает. Никто не будет знать, кому ты положил картинку. Даже мне можешь не говорить, если не хочешь*».

Ребенок выполняет задание и уходит в третье помещение Экспериментатор фиксирует в заготовленной социометрической таблице (матрице) выборы детей. Вертикально располагаются имена детей группы

(сначала мальчиков, затем девочек), «присваиваются» им номера по порядку. Эти номера должны быть постоянными во всех экспериментах. Имена мальчиков и девочек для удобства обработки целесообразно отделить цветным карандашом. По горизонтали сверху таблицы наносятся порядковые номера детей. Следует заштриховать клетки на пересечении одинаковых номеров. Принцип ее использования состоит в том, чтобы проставлять в клетках цифры, показывающие, кого и в какую очередь выбрал ребенок. Таким образом, заполняются все данные в таблице, после чего осуществляется подсчет выборов, полученных каждым ребенком (по вертикальным столбцам), и записывается в соответствующую графу матрицы. Далее следует переходить к выявлению взаимных выборов. Эти взаимные выборы обводятся в таблице кружком, затем подсчитываются и записываются.

В эксперимент включен вариант аутосоциометрии («Как ты думаешь, кто тебе положил (или положит) открытку?» [16], в таблице клеточка каждого ребенка делится пополам – одна под другой. В верхней отмечается, как прошел выбор самого ребенка, в нижней – ожидаемый.

Существует вариант социометрического теста Я.Л. Коломинского для исследования школьного коллектива. Его показано использовать при подозрении в классе риска возникновения буллинга.

Заключение. Профилактика возникновения колебаний настроения и повышенной тревоги у детей и подростков

Вопросы профилактики и выявления колебаний настроения и повышенной тревоги у детей и подростков очень важны, так как эти симптомы нарушения аффективной сферы характерны для невротических и стрессовых расстройств, анорексий, дисморфоманий, токсикоманий и пр. Также такие симптомы могут свидетельствовать о буллинге, моббинге в детском коллективе, о готовящемся колумбайне. В связи с этим проведение первичной, вторичной и третичной профилактики необходимо.

Цель первичной профилактики – создание комфортной психологической атмосферы в детском коллективе. Для этого необходимо, чтобы родители, педагоги, психолог были хорошо осведомлены о возможных нарушениях, об их причинах, начальных признаках проявлений, знали к кому обратиться за помощью при их возникновении, чтобы они знали о том, какие могут быть приняты меры и к кому обратиться за помощь. Важно, чтобы у специалистов и родителей были одинаковые взгляды на происходящее.

С нашей точки зрения, основная роль в решении этой задачи принадлежит школьному психологу. Именно он должен доносить и до родителей, и до педагогов информацию о подстерегающих опасностях. Для этого необходимо периодически организовывать и проводить общие тематические собрания родителей и преподавателей учителей, на которых формировать общие представления о проблемах детей и путях их разрешения. На них они могли бы задавать вопросы психологу, совместно обсуждать проблемы, приходить к консенсусу. На них они бы узнавали о

том, какие особенности в поведении ребенка должны беспокоить, когда необходимо обратиться за помощью к специалисту. На таких собраниях психолог может познакомить родителей с темами психообразовательных занятий, которые собирается провести с детьми, получить у родителей информированное согласие на посещение их детьми. Занятия со школьниками могут проводиться в разных формах в виде бесед, микролекций, дискуссий, интерактивных игр и пр. Темы занятий могут касаться проблем формирования личности, психосексуального развития, конструктивные и деструктивные способов реагирования и поведения в стрессовых ситуациях, негативной роли перфекционизма, умения распознавать и регулировать эмоции, замечать признаки того, что человеку нужна социальная поддержка, оказывать ее и самому уметь находить ее и получать и пр.

Выслушав родителей и учителей, психолог корректирует свои программы занятий с учащимися, отбирает среди них нуждающихся в индивидуальной профилактической или психокоррекционной работе. Также нуждающиеся в ней выявляются в процессе занятий.

Для осуществления такой ответственной работы школьный психолог должен быть компетентным, иметь достаточно большой арсенал психологических методик и уметь ими пользоваться. Считаем целесообразным организовывать для школьных психологов кратковременные (24 или 36 часов) циклы тематического усовершенствования, причем обязательно очные. Тогда в процессе обучения школьные психологи не только получат информацию, но смогут практически овладеть социометрическими, психодиагностическими и психокоррекционными методиками, а также получат методические рекомендации по работе с родителями и педагогами.

Цель вторичной профилактики – работа с выявленными нарушениями. Прежде всего школьному психологу необходимо правильно их квалифицировать и определить меру своих возможностей. Если ребенок нуждается в помощи врачей, психолог должен замотивировать его и его родителей провести такую консультацию. В настоящее время родители боятся обращаться за помощью их детям к психотерапевтам и психиатрам, боясь стигматизации. В результате многие дети с психическими расстройствами не получают нужной помощи. Среди колумбайнеров в нашей стране оказалось несколько человек имеющих психические расстройства, но не наблюдавшиеся психиатром и не получавшие лечения.

Цель третичной профилактики – работа с явными нарушениями и их последствиями, предупреждение ухудшения состояния, рецидивов, а также предупреждение повторения связанных с ними инцидентов.

Список литература

1. Агарков С.Т., Кащенко Е.А. Сексуальность от зачатия до смерти: онтогенез сексуальности. Учебное пособие к курсу «Психологическое консультирование в сексологии». М.: РНСО, 2011. 251 с.

2. Бухановский А.О. и др. Общая психопатология: Пособие для врачей 3-е изд., перераб. и доп. Ростов н/Д: Изд-во ЛРНЦ «Феникс», 2003. 416 с.
3. Воликова С.В., Калина О.Г., Холмогорова А.Б. Валидизация опросника детской депрессии М. Ковак // Вопросы психологии. 2011. N 5. С. 121-131.
4. Выготский Л.С. Собрание сочинений в 6-ти томах, Т. 4. Вопросы детской (возрастной) психологии. М.: Педагогика, 1984. 432 с.
5. Герасимова А.А., Холмогорова А.Б. Общая шкала проблемного использования интернета: апробация и валидизация в российской выборке третьей версии опросника // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Том 26. № 3. С. 56-79.
6. Гудзовская А.А., Мышкина М.С. Диагностика идентичности: «Тест двадцати высказываний» (ТДВ): учебное пособие. Самара: Издательство Самарского университета, 2023. 148 с.
7. Добряков И.В. Стрессовые расстройства у детей и подростков: методические рекомендации / НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; СПб., 2022. 23 с.
8. Добряков И.В. Влечения у детей и подростков: становление, проявления, отклонения. / И.В. Добряков, Ю.Ф. Фесенко. СПб.: Проспект Науки, 2022. 300 с.
9. Дюркгейм Е. (Durkgeim E.) Самоубийство: Социологический этюд. М., 1994. 164 с.
10. Егоров А.Ю., Игумнов С.А. Расстройства поведения у подростков: клинико-психологические аспекты. СПб.: Речь, 2005. 436 с.
11. Зарецкий Ю.В. Три главные проблемы подростка с девиантным поведением: Почему возникают? Как помочь? [Текст] / В.К. Зарецкий, Н.С. Смирнова, Ю.В. Зарецкий, Н.М. Евлашкина, А.Б. Холмогорова // Три главные проблемы подростка с девиантным поведением: Почему возникают? Как помочь? М.: Форум, 2011. 208 с.
12. Зарецкий Ю.В. Методика исследования субъектной позиции учащихся разных возрастов [Текст] / Ю.В. Зарецкий, В.К. Зарецкий, И.Ю. Кулагина // Психологическая наука и образование. 2014. № 1. С. 99-110.
13. Змановская Е.В. Девиантология: (Психология отклоняющегося поведения): Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: Издательский центр «Академия», 2003. 288 с.
14. Клименкова Е.Н., Холмогорова А.Б. Валидизация методик диагностики социальной тревожности на российской подростковой выборке // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Том 25. № 1. С. 28-39.
15. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей. Издание. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1995. 560 с.
16. Коломинский Я.Л. Психология детского коллектива. Мн., 1984.
17. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Аддиктология: настольная книга. М.: Институт консультирования и системных решений. Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига, 2012. 536 с.
18. Майсак Н.В. Диагностика и коррекция личностных особенностей подростков с девиантным поведением: монография / Н.В. Майсак. Астрахань

Издательский дом «Астраханский университет, 2009. 167 с.
19. Малкова Е.Е. Тревожность и развитие личности: Монография. СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2013. 268 с.
20. Мамардарашвили М.К. Очерк современной европейской философии. Лекции 1978-79 гг. М.: Прогресс-Традиция; Фонд Мераба Мамардашвили, 2012. 608 с.
21. Никольская И.М. Метод серийных рисунков и рассказов в психологической диагностике детей м подростков. Изд. 2. СПб.: Речь, 2014. 56 с.
22. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2000. 304 с.
23. Радаев В.В. Миллениалы на фоне предшествующих поколений: импирический анализ // Ж. «Социологические исследования», 2020. №3. С. 15-33.
24. Реан А.А. Факторы риска девиантного поведения: семейный контекст. // Национальный психологический журнал. 2015. №4 (20). С. 105-110.
25. Рычкова О.В. «Умные» лекарства – опасная модель потребления психоактивных веществ [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2021. Том 10. № 2. С. 44-54.
26. Смирнов А.В. Базовые психологические компоненты аддиктивного поведения в структуре интегральной индивидуальности: автореферат дис. ... доктора психологических наук: 19.00.01. Екатеринбург, 2015. 46 с.
27. Холмогорова А.Б., Воликова С.В., Сорокова М.Г. Стандартизация опросника «Семейные эмоциональные коммуникации» // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Том 24. № 4. С. 97-125.
28. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ. М.: Прогресс: Универс, 1993. 478 с.
29. Шпиц Р.А., Годфри Коблинер В. (Spitz R.A., Godfrey Cobliner W.) Психоанализ раннего детского возраста. М.: ПЕР СЭ; СПб.: Университетская книга, 2001. 159 с.
30. Эльконин Д.В. Психология развития. М.: Изд. Центр «Академия», 2007. 144 с.
31. Эриксон Е. (Erikson E.H.) Детство и общество. СПб: Летний сад, 2000. 416 с.
32. Conzen, P. Fanatismus / P. Conzen. Stuttgart: Kohlhammer. 2005. 300 p.
33. Dobryakov I. Short-term integrative psychotherapy in children with post-traumatic stress disorders (PTSD): The experience of Beslan, Chechen Republic, and Kurguzstan. // Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence / Juillet 2012. Vol. 60. №5S. S. 137.
34. Dodriakov I.V., Nikolskaia I.M. Crisis Psychotherapy in Children with Post-Traumatic Stress Disorder: Method of Cognitive-Metaphorical Reconstruction of Traumatic Experiences in Drawings / Comprehensive Guide to Post-Traumatic Stress Disorder. Springer International Publishing, Switzerland, 2016. P. 1349-1365.

35. Taylor S.E. Adjustment of threatening events: A theory of cognitive adaptation // American Psychologist. 1983 P. 1161-1173.
36. Young K.S. Internet addiction: The emergence of a clinical disorder new // Cyber Psychology and Behavior, 1998. V. 1. P. 237-244.

Список обозначений и сокращений

ВОЗ – Всемирная Организация Здравоохранения
WHO – World Health Organization
др. – другие
ООН - Организации Объединенных Наций
ДПДГ – десенсибилизация и переработка движением глаз
EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing
КБТ – когнитивно-бихевиоральная психотерапия
ДБТ – диалектико-бихевиоральная терапия
ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство