**Курсовая работа на тему:**

**«Направления психотерапевтической и коррекционной работы при неврозах у подростков»**

**Введение**

Цель работы

1) понять причины и особенности нарушений в состоянии и поведении детей и подростков

2) выявить главные психотравмирующие ситуации у детей и подростков

3) профессионально определять необходимые методы психотерапии

Работа состоит из двух частей – теоретической и практической.

В теоретической части рассмотрен опыт разных психотерапевтов и психологических школ по направлениям психотерапевтической и коррекционной работы. В практической проведено психодиагностическое исследование по выявлению подростков с проявлениями различных неврозов. Использована методика «Детский опросник неврозов». Текст методики изложен в приложении.

**1. Историческая справка**

Термин невроз был введен во второй половине XVIII века для обозначения ряда заболеваний нервной системы. С того времени менялись точки зрения на сущность невроза. Со второй половины XIX века закрепилась точка зрения, что невроз – это психогенное заболевание, не сопровождающееся органическими повреждениями мозга. Это заболевание пограничное между нормой и патологией. Оно характеризуется нерезко выраженными нарушениями психической деятельности.

В XX веке, особенно в конце его, наблюдается увеличение неврозов в связи с ускорением темпа и ритма жизни, информационными и эмоциональными перегрузками, шквалом социальных перемен и др. факторами. Не каждый человек может своевременно адаптироваться, перестроиться, возникают нарушения типа психогений.

Научные достижения в области неврозов принадлежат многим отечественным ученым. И.П. Павлов и его школа изучали психофизические механизмы неврозов. Большой вклад в разработку проблемы неврозов у взрослых внесли В. Мясищев, В. Карвасарский и их школы. Исследованиям неврозов у детей посвящены работы А.И. Захарова (1988, 1998), Д. Исаева, А.Е. Личко, А.И. Селецкого, Д.Д. Еникеевой (1997, 1998 и др.).

Остановимся на более полном определении невроза.

Невроз – это психогенное заболевание, причиной которого является действие психотравмирующих раздражителей и ситуаций, психических травм.

Невроз проявляется в форме обратимых нарушений нервной деятельности с доминированием эмоциональных и соматовегетативных расстройств. Эти нарушения обычно осознаются личностью и переживаются ею как болезненные явления.

В качестве самостоятельной, болезненной формы невроз чаще возникает у детей 6–7 лет, когда они проявляют осознанное отношение к себе и окружающим, понимают социальные мотивы поведения, нравственные оценки, значимость конфликтных ситуаций. У детей более младшего возраста развиваются реакции невротического типа в ответ на эмоционально неприятные воздействия микросоциальной среды.

Заболеваемость неврозами в подростковом возрасте создается за счет тех подростков, которые страдают с детства. В период восьмидесятых годов в психоневрологических диспансерах по данным Личко А.Е. на учете состояло около 15% подростков. В 90-х годах этот процент увеличился. Период полового созревания, «пубертатного кризиса» не дает резкого возрастания заболевания неврозами. Некоторые авторы (А.Е. Личко, 1985) считают, что вероятно в этом возрасте невротические симптомы «заменяются» нарушениями поведения. Те же психогенные факторы, которые у детей и взрослых вызывают невроз, у подростков в период становления характера ведут к девиантному поведению.

К возникновению неврозов предрасполагают индивидуальные особенности личности: особенности характера и темперамента, тип высшей нервной деятельности (ВНД) и др. Большое значение имеют отклонения в воспитании ребенка, приводящие к формированию «невротической диспозиции» – повышенной чувствительности к определенным психогенным раздражителям. Имеют значение и многие другие факторы: церебрально-органическая недостаточность, как следствие патологических родов или перенесенных черепно-мозговых травм. Соматическая ослабленность также предрасполагает к неврозу.

Патофизиологической сущностью неврозов является срыв ВНД в результате перенапряжения или сшибки основных нервных процессов, наличие конкурирующих очагов возбуждения и торможения.

Наши наблюдения подтверждают, что напряженная работа в школе, вузе, на производстве, окрашенная положительными эмоциями и стимулами не приводит к неврозам. Но большие перегрузки без положительного эмоционального фона могут привести к неврозам.

Существуют разные формы неврозов: неврастения, невроз страха и навязчивых состояний, истерический, депрессивный невроз, моносимптомные (моносимптоматические) неврозы.

**2. Характеристика отдельных форм неврозов, направления психотерапевтической и коррекционной работы**

**2.1 Неврастения**

Неврастения наиболее распространенная форма неврозов у детей, взрослых и подростков. Как считает Личко (1985), она чаще развивается у представителей астеноневротического и лабильного типов акцентуаций характера. Возникает при чрезмерных интеллектуальных и эмоциональных перегрузках.

Основные симптомы: повышенная утомляемость, раздражительность, нарушение сна, головные боли, снижение настроения.

А.Е. Личко выделяет два типа неврастении – гиперстенический и астеноипохондрический.

***Гиперстенический тип:***

Ведущий симптом – крайняя раздражительность, которая усиливается при утомлении и в напряженной обстановке. Вспышки раздражения возникают по ничтожным поводам.

Проявляются также непереносимость шума, реже яркого света и резких запахов. Выражена вегетативная лабильность и разнообразные вегетосимптомы: изменения со стороны ССС, кожных покровов, потовыделения, кишечные спазмы, головокружения и т.д.

Нарушение сна характеризуется трудностью засыпания, иногда беспокойным сном с тяжкими сновидениями и повторными пробуждениями. Головная боль характеризуется чувством стягивания, сжатия, болезненностью колеи головы. Головные боли сильнее по утрам (воскресные утренние боли). У подростков наблюдается трудность сосредоточения во время занятий.

***Астеноипохондрический тип:***

Характеризуется повышенной утомляемостью, вялостью, сниженным настроением, склонностью к. желанию постоянно лежать и отдыхать. Наблюдается слезливость у женщин и апатия у мужчин. Плохой сон, отсутствие свежести после сна, вялость, сонливость в течение дня. Масса соматических жалоб: сердцебиения, перебои, неприятные ощущения в области сердца; схватки в животе и др.

У мальчиков-подростков ведущим соматическим симптомом являются неприятные ощущения в области сердца, а у девочек-изменения со стороны ЖКТ.

Течение неврастении обычно длительное, месяцами, годами. Наблюдается ухудшение состояния при новых психогенных травмах.

Дифференциальный диагноз: исключить хронические соматические заболевания, церебрастению после черепно-мозговых травм.

***Цель психотерапии*** – разрешить психогенную ситуацию рациональным путем (психологическую терапию студенты изучают в курсе: «Основы психотерапии»).

Психотерапия у подростков всегда начинается с установления контакта, анализа типа акцентуаций характера (Личко, и другие). Затем выясняется сущность внутриличностного конфликта (используются методы психодиагностики).

Выбор типа психотерапии (индивидуальная, групповая, семейная) осуществляется индивидуально.

***Направления психотерапевтической и психокоррекционной работы:***

1. Главное средство лечения неврозов – психотерапия.

2. Исключение перегрузок.

3. Отдых, отпуск, направление в санатории неврологического профиля, направление к психоневрологу.

Медикаментозное лечение осуществляет только врач.

***Психолог медикаментозно не лечит, у него свои профессиональные функции:***

1) Психодиагностика психического состояния в данный момент;

2) Психотерапия: рациональная терапия, аутогенная терапия, музыкотерапия, трансактный анализ, психосинтез и др.;

3) Психореабилитация после лечения в клинике;

4) Психопросвещение (беседы, лекции) и психопрофилактика;

5) Психокоррекция с членами семьи.

**2.2 Невроз страха и тревожного ожидания**

Невроз страха и тревожного ожидания является одним из наиболее распространенных проявлений невроза у детей. Страх (фобию) можно определить как негативное эмоциональное состояние, которое появляется перед определенными событиями и как бы предвещает наступающую психогению. Следовательно, человек ощущает страх не просто в опасной ситуации, а тогда, когда он не вериг в успех своей попытки избежать опасности. Таким образом, страх – чувство, связанное со стремлением избежать опасность, обусловленное инстинктом самосохранения в его оборонительной форме.

Определяющим симптомом невроза страха является наличие свободного страха – общая неопределенная боязливость. Кроме этого к невротическому страху также относятся следующие формы:

– Многообразные фобии, когда страх накрепко связывается с определенными содержаниями представлений.

– Спонтанные приступы страха, проявляющиеся при истерии и других формах тяжелых неврозов, а также в любых условиях возбуждения, в виде аффекта или приступа свободного страха.

Высокая степень общей неопределенной боязливости, готовая на время привязаться к любой появившейся возможности и выражающаяся в состоянии «страха ожидания» или «боязливого ожидания» всегда имеет отношение к заболеванию неврозом страха или тревожного ожидания. При неврозе страха внутренний конфликт заключается в неспособности защитить себя, сохранить свое «Я» от внутренних и внешних угроз. Это конфликт самоопределения: уверенности в себе, прочности своего развивающегося «Я» при встречах с воображаемой или реальной опасностью.

Факторы, участвующие в возникновении страхов, можно сгруппировать следующим образом:

– наличие страхов у родителей, главным образом у матери. В большинстве случаев страхи, испытываемые детьми, были присущи матерям в детстве или проявляются сейчас. Хотя речь не идет о генетической передаче страхов, определенная склонность к чувству беспокойства все же может иметь место. Нужно помнить, что мать, находящаяся в состоянии тревоги, непроизвольно старается оберегать психику ребенка от событий, так или иначе напоминающих о ее страхах. Тем самым ребенок попадает в искусственную среду, не вырабатывая в себе навыков психологической защиты и избегая всего, что вызывает страх, вместо того, чтобы активно преодолевать его. Повышенное беспокойство по поводу воображаемых и реальных опасностей родителей также приводит к непроизвольной передаче страха ребенку;

– большое количество запретов со стороны родителя того же пола или полное предоставление свободы ребенку родителем другого пола, а также многочисленные нереализуемые угрозы всех взрослых в семье являются фактором возникновения страха;

– конфликтные отношения между родителями;

– психические травмы типа испуга, обостряющие возрастную чувствительность детей к тем или иным страхам (нападение, убийство на глазах ребенка, пожары и др.).

В том случае, когда страхи наблюдаются у детей дошкольного возраста преимущественно в ночное время, их не следует рассматривать как болезненное состояние. Но если они сохраняют максимальную частоту, приобретают длительный характер ведущего признака, то речь уже идет о неврозе страха и тревожного ожидания.

Невроз возникает либо остро, внезапно, при наличии очевидной и безусловной психической травматизации, когда окружающие ребенка и сам ребенок отдают себе отчет в причине его возникновения. При этом наблюдается:

• непродолжительная заторможенность, ребенок пуглив;

• прячется в угол;

• вскрикивает при неожиданном шуме, стуке;

• суетлив, беспокоен;

• озирается по сторонам.

Иногда невроз возникает постепенно и незаметно, исподволь, как бы без внешнего повода. Ни ребенок, ни окружающие его лица не могут назвать причину невроза. В данном случае важную роль играет неправильное воспитание, неуспеваемость в школе, нарушение сна. После незначительной заторможенности появляются:

• рассеянность;

• капризно-раздражительное настроение;

• повышенная утомляемость;

• лабильный пульс:

• пугливость.

Невротические страхи не являются какими-либо принципиально новыми видами страха. Главное в качественном характере: аффективное заострение: боязни смерти, нападения, огня, пожара, страшных снов, болезни (у девочек), стихии (у мальчиков). Все эти страхи имеют выраженный и устойчивый, а не просто возрастной характер и представляют собой отражение лежащего в их основе страха смерти.

Работа психолога-практика с фобиями клиентов представляет большую сложность, так как основу патологических страхов составляет глубоко скрытая тревожность. Сущность механизма формирования фобий заключается в смещении тревожности от первичной ситуации или объекта, вызвавших беспокойство на другую ситуацию или объект. Человек начинает бояться вещей, которые являются лишь заместителями объектов первичного беспокойства. Такое смещение происходит вследствие неразрешимых внутренних конфликтов.

*Пример:* «Шестилетний мальчик отказывался есть, несмотря на все уговоры воспитателей, с трудом глотал и принимал только жидкую пищу. В беседе производил впечатление запуганного, не реагирующего на замечания сразу и в то же время крайне подвижного и суетливого ребенка. Страх у него развился после того, как он поперхнулся косточкой. Прямо он не говорил, что боится умереть, но об этом свидетельствовали отказ от твердой пищи да и беспокойное поведение в целом. Почему же мальчик из столь банального события сделал такую драму? О его эмоциональной чувствительности и впечатлительности было известно всем окружающим. Но никто не догадывался, что незадолго до случая с косточкой он сделал волнующее открытие о своей рано или поздно неизбежной смерти. Но одного этого было бы недостаточно для развития невроза страха. Два года назад мать сама подавились косточкой и страдала какое-то время от затрудненного дыхания, обследовалась у различных врачей. Сын был свидетелем разговоров о предполагаемой опухоли и видел тревогу матери. Было ему в то время 4 года, но он очень любил мать, разделял многие ее переживания. Когда с ним произошло подобное, он испугался вдвойне, вспомнив то, что было с матерью. А она, еще полностью не оправившись от страха своей смерти, испугалась еще больше. Вот почему произошла стойкая фиксация страха у мальчика, и он в результате охватившего его острого чувства беспокойства стал отличаться от сверстников».

Консультант-психолог не должен проявлять поспешность в интерпретировании внутренних конфликтов клиента на основании его конкретной фобии. За одной и той же фобией у разных людей могут скрываться разные конфликты.

Стержнем невротического поведения с преобладанием фобий является усиленное избегание тревоги, стремление обойти породивший ее конфликт. Поэтому клиент нередко спокойно говорит о своем страхе, но отрицает существование любых внутренних конфликтов, связанных с этим страхом. Консультант должен быть готов к такому поведению. Попытки избежать обсуждения конфликта могут проявиться самыми разнообразными способами. Обычно клиенты крайне осторожны в отношениях с консультантом. Они склонны сопротивляться стремлению консультанта говорить о вещах, провоцирующих тревожность. Сопротивление опять же принимает разные формы. Клиент забывает детали предыстории своих проблем, которые проливают свет на суть психологического конфликта. Например, возникновение фобии как-то связано с изменениями жизни клиента, системы отношений его личности, но клиент об этом даже не упоминает, хотя такая информация существенна для понимания природы фобии. Возможно вообще избегание разговора о себе.

Консультант должен иметь в виду эти типичные черты поведения клиентов с фобиями. Взрослые клиенты часто занимаются самолечением, покупают медицинские книги, стремятся испробовать всевозможные методы лечения, однако избегают непосредственного обращения к своим внутренним конфликтам. Консультанту-психологу важно разобраться, почему клиент это делает.

Для коррекции и психотерапии страхов у детей можно использовать метод десенсибилизации (поведенческая психотерапия).

***Метод десенсибилизации***

Метод десенсибилизации был предложен Д. Вольпом.

Десенсибилизацию можно рассматривать как вариант метода поэтапных изменений, который используется при работе с отрицательными эмоциональными состояниями, в первую очередь с явлениями тревожного ряда, страхами (фобиями).

Десенсибилизация предусматривает систематическое движение по иерархии вызывающих тревогу ситуаций, от наименее к наиболее стрессогенным ситуациям. Вторым механизмом обеспечивающим действенность этого метода, является сочетание вызывающих тревогу стимулов с переживанием релаксации и удовольствия, которые в определенной степени не совместимы с чувством страха. Смысл коррекции заключается в продвижении через серию небольших тщательно градуированных шагов, допускающих у ребенка лишь легкое состояние волнения. Каждый раз, когда ребенок продвигается на один шаг и оказывается в чуть более страшной для него ситуации, ему оказывается, определенная помощь, которая направлена на уменьшение возникшей тревоги.

Последовательность предметов и ситуаций, вызывающих тревожные опасения, воспроизводится и отрабатывается до тех пор, пока ребенок не становится в состоянии пройти все эти шаги, не испытывая тревоги. Очень важно, чтобы тревога удерживалась на минимуме. Главная идея заключается в замещении тревожных реакций в ситуации, вызывающей страх и тревогу на релаксацию (расслабление).

Десенсибилизация может проводиться в двух вариантах:

1. Ситуации, вызывающие страх и тревогу, предъявляются в реальной жизни, *(in vivo).* Примером такой работы может быть работа с Мартином, описанная Раттером, испытывающим страх перед собаками. Его проблема носила обособленный характер и причины ее возникновения были связаны с неблагоприятным опытом общения с этими животными. У Мартина совсем не вызывали тревоги изображения собак. Легкое напряжение вызывали маленькие пушистые животные. При виде же любой живой собаки у мальчика возникало сильное беспокойство, которое достигало своего пика, если животное было большим и быстро двигаясь, приближалось к ребенку. При работе с Мартином использовался метод систематической десенсибилизации, который заключался в том, что ему показывали живых животных, размер и сходство с собаками которых постепенно возрастали. Это были морские свинки, крысы, кролики, обезьяны, овцы, козы. В каждом случае для уменьшения тревоги использовался либо шоколад, либо поглаживание животного. Во время пятой из ежедневных встреч ребенку показали маленькую послушную собаку, постепенное приближение к которой подбадривалось терапевтом. В более поздних занятиях использовались маленькие живые собачки, а в последних – большие псы. Сначала собаки находились на поводке, который держал знакомый взрослый, потом их спускали с поводка, а затем за поводок их держал уже сам Мартин.

2. Работа может проводиться с мысленными представлениями, когда ребенку предлагается как можно более четко представит образ (картинку) той ситуации, которая вызывает напряженность. Ребенку предлагают закрыть глаза, расслабиться и представить себе ситуацию или предмет, находящийся на нижней ступени иерархии тревоги. Как только у него возникает чувство тревоги, психолог предлагает емупрекратить мысленное представление и расслабиться. При проведении этой процедуры психолог должен быть уверен в том, что ребенок находится в состоянии релаксации, иначе эта работа может дать противоположный результат. Поэтому предварительно необходимо обучить ребенка приемам быстрого и эффективного расслабления (аутогенная тренировка).

Как уже говорилось, необходимым элементом при работе по этому методу является обязательное переживание ребенком удовольствия или релаксации. Мощным источником положительных эмоций может быть игровая ситуация. Поэтому моделирование страшной для ребенка ситуации в игре может иметь психотерапевтический эффект но механизму десенсибилизации.

При составлении пошаговой программы работы с ситуациями, вызывающими тревогу, можно использовать в качестве этапов указанные выше формы моделирования ситуации: мысленное представление, проигрывание, столкновение с такой ситуацией в реальной жизни.

Чистяковой М.И. описана работа с Пашей, испытывающим страх темноты. При попытке подвести его к двери в темную комнату он давал яркую вегетативную реакцию: появлялась бледность, дрожь, задержка дыхания. Для Паши была намечена пятиступенчатая программа по преодолению страха перед темнотой. Сначала он в присутствии детей в детском саду в ярко освещенном зале воображал себя одиноко сидящим в темной комнате. На следующем занятии он участвовал в сюжетно-ролевой игре «В темной норе», по ходу которой два друга, Утенок и Зайчонок попались в лапы к хитрой Лисе, которая заманила их в свою нору. Мальчик играл роль робкого Утенка. При повторении игры Паша был назначен на роль смелого Зайчонка, который не плакал, как Утенок, а искал выход из ситуации. На третьем занятии мальчик исполнял роль пугающего в этюде «Ночные звуки». Паша непривычно растормозился, стал очень громко кричать (как сова) и энергично раскачиваться (как дерево в бурю). Когда он полностью перевоплотился в игровой образ, его отправили за дверь в темный коридорчик перед залом, где он должен был ждать музыкального сигнала, а дети в зале оживленно договаривались, как они его будут пугать, когда он войдет. Мальчик настолько был поглощен происходящим в зале, что не осознал того, что ему пришлось несколько минут стоять в полной темноте за дверью. В ходе дальнейшей работы Паша назначался на эту роль несколько раз и время его пребывания в темном коридорчике каждый раз увеличивалось.

***Профилактика, психотерапия и психокоррекция неврозов***

Профилактика психогенных заболеваний заключается в создании условий среды, снижающих возможность травматизации психики. Улучшение условий среды, трудовое воспитание, закаливание, надзор за здоровьем учащихся в учебно-воспитательных учреждениях, психологическое просвещение, вооружающее родителей пониманием особенностей психического развития детей, правильный режим, чередование учебной, нагрузки и отдыха, а также привитие инициативы и самостоятельности – все это мероприятия, препятствующие развитию психогенных заболеваний. В абсолютном большинстве случаев неврозы излечимы благодаря лечебно-психологическими и психолого-педагогическим мероприятиям и потенциальным возможностям детского организма.

Коррекция психогенного заболевание предусматривает, в первую очередь, устранение факторов, травмирующих больного. Такие больные обычно нуждаются с начала в лечении в специальном психоневрологическом учреждении, а затем в длительной психологической реабилитации.

Лечение неврозов представляет значительные трудности, так как наряду с психической травматизацией (иногда не совсем выраженной), которую необходимо выявить, наблюдается соматическое истощение, при котором показано общеукрепляющее лечение. Профилактика неврозов заключается в специальной тренинговой работе.

С физиологической точки зрения процесс обучения и воспитания является прежде всего процессом образования условных связей, стереотипов и навыков. Он обеспечивает тренировку нервных процессов. Необходимо формирование целенаправленной активности, выдержки и самообладания, обеспечивающих устойчивость и сопротивляемость организма воздействию психогенных факторов.

Сочетание занятий по общеобразовательным предметам с производственным обучением, воспитание трудолюбия, чувства долга, борьба с тепличной обстановкой, эгоизмом, тенденцией к превосходству над другими являются факторами, тонизирующими кору больших полушарий головного мозга, препятствующими развитию неврозов. Чрезмерное внимание, постоянная тревога о ребенке, выполнение всех его желаний и капризных побуждений лишают ребенка самостоятельности, снижают выдержку и культивируют в нем черты эгоцентризма. Вредно, разумеется, и недооценивать интересы ребенка, имеющего свой собственный внутренний мир, игнорирование которого может привести к ощущению заброшенности, одиночества. Уделяя ребенку внимание, родители, воспитатели не должны идти на поводу всех его желаний.

При лечении неврозов необходимо выяснить их причину и попытаться ее устранить. Давая заболевшему рекомендации, не следует фиксировать его внимание на наблюдающихся у него психопатологических проявлениях. Применяются методы психотерапии, направленные на восстановление силы корковых процессов, выработку новых и торможение старых связей, устранение очага инертного застойного возбуждения и др. Большое значение в лечении имеют покой, длительный сон, пребывание в психоневрологическом стационаре, школе санаторного типа или санатории. Подход к больным неврозом должен быть строго индивидуальным. Если, например, при неврастении основными в лечении являются отдых, покой, то при некоторых других формах невроза он применяется как вспомогательный метод лечения и в ряде случаев становится даже нежелательным, тогда детей, подростков включают в активную групповую деятельность.

При моносимптоматическом неврозе прежде всего выясняется была ли причина болезни.

Поскольку мононевроз довольно часто возникает в результате нарушения педагогического такта или неправильного воспитания, то одними из эффективных методов его лечения являются педагогическое вмешательство, психотерапия, рациональная беседа, направленные на перевоспитание личности.

Ребенок, подросток погружен в свой внутренний мир, со своими проблемами, имеющими для него важное значение, он нуждается во внимании окружающих его взрослых, разъяснении интересующих вопросов, удовлетворении его потребностей. Все это необходимо дать ребенку, но не тогда, когда он добивается своей цели обманом, криком, судорогами, рвотой и другими подобными реакциями. Эти реакции следует игнорировать, чтобы отучить от них ребенка. При анорексии, например, ребенка кормят насильно. Между тем голод является лучшим физиологическим стимулятором аппетита. При отказе от приема пищи, если он не обусловлен соматическим заболеванием, следует, не фиксируя внимания убрать пищу.

При нервном кашле, афонии, крике, падении на пол, как протесте против режима, ребенка лучше оставить в покое, пока у него не прекратятся эти истерические стигмы. Вне этих реакций ребенок, конечно, нуждается во внимании окружающих. В зависимости от лечения мононевроза лечебно-педагогическое вмешательство имеет свои особенности.

При психогенном заикании (логоневрозе) необходимо комплексное лечебно-коррекционое воздействие. Оно должно воздействовать не только на речевую функцию, но и на личность в целом. Ребенок с остро возникшим заиканием нуждается сначала в полном речевом покое, молчании. Лечение должно быть направлено на восстановление нормального течения корковых процессов путем увеличения продолжительности сна.

Логопедическая коррекция проводится на игровом или учебном материале, направлена на выработку плавной речи, устранение судорожной готовности, нормализацию условных речевых связей. Эти занятия обоюдного терпения – как от ученика, так и от психолога, дефектолога, учителя.

Коррекция неврастении должна быть этиологической. В первую очередь устраняют неблагоприятную ситуацию, травмирующую психику, в том числе уменьшают или полностью исключают учебную нагрузку, проводят мероприятия, направленные на повышение соматического тонуса. Наряду с уменьшением нагрузки и введением щадящего режима применяют средства, усиливающие процесс торможения в коре больших полушарий. В случае, когда нет возможности устранить неблагоприятную ситуацию и течение болезни принимает затяжной характер, необходимо длительное общеукрепляющее лечение и переориентацию. Последнее заключается в привитии ребенку, подростку, взрослому навыков и умений приспособления к сложившейся действительности, преодоления данной неприятной ситуации. При этом следует учитывать как тяжесть ситуации, так и возможность ее устранения, возраст, умственное развитие.

Лечебно-педагогическое и психологическое вмешательство при неврозе навязчивых состояний должно быть комплексным (общеукрепляющая терапия, рациональная психотерапия, направленная на подавление навязчивости). Если при неврастении рекомендуется санаторный режим, то при неврозе навязчивых состояний он может оказать отрицательное воздействие. Психологу и педагогу-воспитателю нужно учитывать, что освобождение ребенка с навязчивым состоянием от занятий, уменьшение учебной нагрузки, перевод на постельный режим лишь усилят у него навязчивость. Отдых, сочетаясь с бездельем, приводит к увеличению очага возбуждения, фиксации ипохондрических тенденций. Такие больные лучше себя чувствуют при достаточной рабочей нагрузке.

Уменьшение навязчивого состояния можно достичь путем вовлечения ребенка в интересную учебную, игровую и трудовую деятельность, создающую новые очаги возбуждения в коре большого мозга. При неврозе тревожного ожидания и страха применяются методы поведенческой терапии, витаминизация.

Большое значение имеет рациональная психотерапия в виде разъяснения больному необоснованности страхов, убеждения егов том, что их причина устранена, а настоящее чувство тревоги обусловлено самовнушением. Для преодоления чувств тревоги и навязчивости можно использовать тренировки, постепенно расширяя поставленные задания. Все рекомендации должны быть строго индивидуальными.

При коррекции всех форм неврозов важную роль играет выяснение ситуации, в которой возникла фрустрация, характера фрустрации и интрапсихического конфликта. Если ситуация, оказывающая психотравмирующие действие, не разрешена, следует помочь больному найти выход из этой ситуации. Этого можно достичь либо путем изменения внешних обстоятельств, либо путем переориентации личности, изменяющей цели поведения. Такая переориентация позволяет ликвидировать фрустрацию, хотя обстоятельства, в которых она возникла, и остаются неизменными.

Переориентация личности достигается с помощью психотерапии. Психотерапия показана не только при лечении истинных неврозов, но и при лечении неврозоподобных состояний как важная составная часть комплексной терапии.

Первый этап работы психолога с детьми – психодиагностика. **Цель моей психодиагностической работы** – выявление детей, подверженных невротическим расстройствам.

Диагностическое исследование было проведено в 8-х классах КЗ ЛСШ I–III ст. №1 г. Луганска. В исследовании приняли участие 70 человек.

Для выявления склонности к неврозам учащимся была предложена диагностика: «Детский опросник неврозов». См. приложение. Утверждения теста-опросника систематизированы в шести основных аспектах проявления невротических расстройств у детей – депрессии, астении, нарушений поведения, вегетативных расстройств, нарушений сна и тревоги.

**Необходимо особо отметить,** что перечисленные расстройства могут присутствовать у ребенка в комплексе, т.е. депрессия не исключает вегетативных расстройств или нарушений сна.

**Были получены следующие результаты:**

Таблица 1

|  |  |
| --- | --- |
| **Всего обследованных детей** | **Дети, у которых были выявлены невротические нарушения** |
| **70** | **26** |

Таблица 2

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **16–20 (высокий уровень риска наличия данного невроза)** |  |  |  |  |  |  |
| **15–11 (средний)** |  |  |  |  |  |  |
| **1–10 (низкий)** | **10** | **10** | **1** |  | **8** | **4** |
| **Вид невроза** | **Депрессия** | **Астения** | **Нарушение поведения** | **Вегетативные расстройства** | **Нарушения сна** | **Тревожность** |

Результаты диагностики «Детский опросник неврозов»



Вывод: Из 70 человек, принявших участие в обследовании у 26 человек были выявлены невротические нарушения. У 10 человек – депрессия, у 10 – Астения, у 8 – нарушение сна, у 4 – тревожность, у 1 – нарушение поведения. Как было отмечено выше, опросник помогает выявить комплексные нарушения. У 5 учащихся выявлены такие нарушения:

1. Депрессия – астения 2 учащихся
2. Депрессия – нарушение сна 3 учащихся.

По итогам психодиагностики была проведена беседа с родителями учащихся, имеющих невротические нарушения, а также проведена беседа с классными руководителями. Проведена ознакомительная лекция среди педагогического коллектива. С детьми, подверженным неврозам, была назначена психотерапия, составлена индивидуальная психокоррекционная работа.

**Заключение**

Для успешной работы с детьми и подростками подверженных невротическим состояниям необходимо выработать четкие рекомендации необходимые для устранения всех форм неврозов.

Общие принципы психотерапии и психокоррекции неврозов у детей и подростков в психологической службе учебно-воспитательных учреждений и детских психоневрологических отделений:

1. Первый этап – психодиагностический. Предварительное тщательное изучение личностных и психических свойств ребенка или подростка.

2. Второй этап – изучение личностного развития детей в онтогенезе. Изучение анамнеза и всего многообразия межличностных отношений в семье, в школе, в компаниях и группировках сверстников.

3. Третий этап – индивидуальный подбор методов психотерапии, составление индивидуальной программы психокоррекционной работы.

4. Индивидуальная психотерапия и коррекция должна сочетаться с работой с родителями и всей семьей. Чем меньше возраст, тем более неукоснительно должен соблюдаться этот принцип, так как собственные невротические расстройства родителей, атмосфера неблагополучной семьи, неправильное воспитание являются ведущими факторами происхождения неврозов у детей и подростков.

5. Параллельная работа с учителями.

**Список литературы**

1 В. Франкл Человек в поисках смысла. – М., 1990

2 А.И. Захаров Психотерапия неврозов у детей и подростков. Л., 1992

3. К. Леонгард Акцентуированные личности. Киев, 2000

4. Алан Е. Айви Психологическое консультирование и психотерапия. – М., 1999

5. Руководство по психотерапии под ред. В.К. Рожкова, 1989

6. М. Раттер Помощь трудным детям – М., 2003

7. М.И. Чистякова Психогимнастика – М., 2005

8. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека – М., 2004