Курсова робота на тему: «Характеристика окремих форм неврозів, напрямки психотерапевтичної і корекційної роботи»

План

Введення

I. Історична довідка

II. Характеристика окремих форм неврозів, напрямку психотерапевтичної й корекційної роботи

2.1 Неврастенія

2.2 Невроз страху й тривожного очікування

III. Профілактика, психотерапія й психокорекція неврозів

IV. Психодіагностичне дослідження «Дитячий тест неврозів»

Висновок

Додаток

Список літератури

Введення

Ціль роботи

1) зрозуміти причини й особливості порушень у стані й поводженні дітей і підлітків

2) виявити головні психотравмуючи ситуації в дітей і підлітків

3) професійно визначати необхідні методи психотерапії

Робота складається із двох частин - теоретичної й практичної.

У теоретичній частині розглянутий досвід різних психотерапевтів і психологічних шкіл по напрямках психотерапевтичної й корекційної роботи. У практичній проведене психодіагностичне дослідження з виявлення підлітків із проявами різних неврозів. Використано методику «Дитячий тест неврозів». Текст методики викладений у додатку.

І. Історична довідка

Термін невроз був уведений у другій половині XVIII століття для позначення ряду захворювань нервової системи. Відтоді мінялися точки зору на сутність неврозу. Із другої половини XIX століття закріпилася точка зору, що невроз - це психогенне захворювання, що не супроводжується органічними ушкодженнями мозку. Це захворювання прикордонне між нормою й патологією. Воно характеризується не різко вираженими порушеннями психічної діяльності.

В XX столітті, особливо наприкінці його, спостерігається збільшення неврозів у зв'язку із прискоренням темпу й ритму життя, інформаційними й емоційними перевантаженнями, шквалом соціальних змін і ін. факторами. Не кожна людина може вчасно адаптуватися, перешикуватися, виникають порушення типу психогений.

Наукові досягнення в області неврозів належать багатьом українським та російським ученим. І.П. Павлов і його школа вивчали психофізичні механізми неврозів. Великий внесок у розробку проблеми неврозів у дорослих внесли В. Мясищев, В. Карвасарський і їхньої школи. Дослідженням неврозів у дітей присвячені роботи А.І. Захарова (1988, 1998), Д. Ісаєва, А.Е. Личко, А.І. Селецького, Д.Д. Еникєєвої (1997, 1998 і ін.).

Зупинимося на більше повному визначенні неврозу.

Невроз - це психогенне захворювання, причиною якого є дія подразників і ситуацій, психічних травм.

Невроз проявляється у формі оборотних порушень нервової діяльності з домінуванням емоційних і сомато-вегетативних розладів. Ці порушення звичайно усвідомлюються особистістю й переживаються нею як хворобливі явища.

У якості самостійної, хворобливої форми невроз частіше виникає в дітей 6-7 років, коли вони проявляють усвідомлене відношення до себе й навколишньої, розуміють соціальні мотиви поводження, моральні оцінки, значимість конфліктних ситуацій. У дітей більше молодшого віку розвиваються реакції невротичного типу у відповідь на емоційно неприємні впливи намагнітити середовища.

Захворюваність неврозами в підлітковому віці створюється за рахунок тих підлітків, які страждають із дитинства. У період вісімдесятих років у психоневрологічних диспансерах по даним Личко А.Е. на обліку складалося близько 15% підлітків. В 90-х роках цей відсоток збільшився. Період полового дозрівання, «пубертатної кризи» не дає різкого зростання захворювання неврозами. Деякі автори (А.Е. Личко, 1985) уважають, що ймовірно в цьому віці невротичні симптоми «заміняються» порушеннями поводження. Ті ж психогенні фактори, які в дітей і дорослих викликають невроз, у підлітків у період становлення характеру ведуть до доброчесність поводженню.

До виникнення неврозів привертають індивідуальні особливості особистості: особливості характеру й темпераменту, тип вищої нервової діяльності (ВНД) і ін. Велике значення мають відхилення у вихованні дитини, що приводять до формування «невротичної диспозиції» - підвищеної чутливості до певних психогенних подразників. Мають значення й багато інших факторів: церебрально-органічна недостатність, як наслідок патологічних пологів або перенесених черепно-мозкових травм. Соматичне ослаблення також привертає до неврозу.

Патофізіологічною сутністю неврозів є зривши ВНД у результаті перенапруги основних нервових процесів, наявність конкуруючих вогнищ порушення й гальмування.

Наші спостереження підтверджують, що напружена робота в школі, вузі, на виробництві, пофарбована позитивними емоціями й стимулами не приводить до неврозів. Але більші перевантаження без позитивного емоційного тла можуть привести до неврозів.

Існують різні форми неврозів: неврастенія, невроз страху й нав'язливих станів, істеричний, депресивний невроз, моносимптомні (моно симптоматичні) неврози.

ІІ. Характеристика окремих форм неврозів, напрямку психотерапевтичної й корекційної роботи

2.1 Неврастенія

Неврастенія найпоширеніша форма неврозів у дітей, дорослих і підлітків. Як уважає Личко, вона частіше розвивається в представників астеноневротичного й лабільного типів акцентуацій характеру. Виникає при надмірних інтелектуальних і емоційних перевантаженнях.

Основні симптоми: підвищена стомлюваність, дратівливість, порушення сну, головні болі, зниження настрою.

А.Е. Личко виділяє два типи неврастенії - гиперстеничний і астеноіпохондричний.

Гиперстеничний тип:

Провідний симптом - крайня дратівливість, що підсилюється при стомленні й у напруженій обстановці. Спалаху подразнення виникають по незначних приводах.

Проявляються також нестерпність шуму, рідше яскравого світла й різких заходів. Виражено вегетативну лабільність і різноманітні вегетосимптоми: зміни з боку ССС, шкірних покривів, потовиділення, кишкові спазми, запаморочення й т.д.

Порушення сну характеризується труднощами засипання, іноді неспокійним сном з тяжкими сновидіннями й повторними пробудженнями. Головний біль характеризується почуттям стягування, стиску, хворобливістю колії голови. Головні болі сильніше по ранках (недільні ранкові болі). У підлітків спостерігаються труднощі зосередження під час занять.

Астеноіпохондричний тип:

Характеризується підвищеною стомлюваністю, млявістю, зниженим настроєм, схильністю к. бажанню постійно лежати й відпочивати. Спостерігається слізливість у жінок і апатія в чоловіків. Поганий сон, відсутність свіжості після сну, млявість, сонливість протягом дня. Маса соматичних скарг: серцебиття, перебої, неприємні відчуття в області серця; перейми в животі й ін.

У хлопчиків-підлітків провідним соматичним симптомом є неприємні відчуття в області серця, а в дівчинок-зміни з боку ЖКТ.

Плин неврастенії звичайно тривале, місяцями, роками. Спостерігається погіршення стану при нових психогенних травмах.

Диференціальний діагноз: виключити хронічні соматичні захворювання, церебрастенію після черепно-мозкових травм.

Ціль психотерапії - дозволити психогенну ситуацію раціональним шляхом (психологічну терапію студенти вивчають у курсі: "Основи психотерапії").

Психотерапія в підлітків завжди починається із установлення контакту, аналізу типу акцентуацій характеру (Личко, і інші). Потім з'ясовується сутність внутріособистісного конфлікту (використовуються методи психодіагностики).

Вибір типу психотерапії (індивідуальна, групова, сімейна) здійснюється індивідуально.

Напрямку психотерапевтичної й психокорекційної роботи:

1. Головний засіб лікування неврозів - психотерапія.

2. Виключення перевантажень.

3. Відпочинок, відпустка, напрямок у санаторії неврологічного профілю, напрямок до психоневролога.

Медикаментозне лікування здійснює тільки лікар.

Психолог медикаментозно не лікує, у нього свої професійні функції:

1) Психодіагностика психічного стану в цей момент;

2) Психотерапія: раціональна терапія, аутогена терапія, музикотерапія, трансактний аналіз, психосинтез і ін.;

3) Психореабілітація після лікування в клініці;

4) Психоосвіта (бесіди, лекції) і психопрофілактика;

5) Психокорекція зі членами родини.

2.2 Невроз страху й тривожного очікування

Невроз страху й тривожного очікування є одним з найпоширеніших проявів неврозу в дітей. Страх (фобію) можна визначити як негативний емоційний стан, що з'являється перед певними подіями і як би передвіщає наступаючу психогению. Отже, людина відчуває страх не просто в небезпечній ситуації, а тоді, коли він не вериг в успіх своєї спроби уникнути небезпеки. Таким чином, страх - почуття, зв'язане із прагненням уникнути небезпека, обумовлене інстинктом самозбереження в його оборонній формі.

Визначальним симптомом неврозу страху є наявність вільного страху - загальна невизначена боязкість. Крім цього до невротичного страху також ставляться наступні форми:

- Різноманітні фобії, коли страх зв'язується з певними змістами подань.

- Спонтанні напади страху, що проявляються при істерії й інших формах важких неврозів, а також у будь-яких умовах порушення, у вигляді афекту або нападу вільного страху.

Високий ступінь загальної невизначеної боязкості, готова на час прив'язатися до будь-якої можливості, що з'явилася, і, що виражається в стані «страху очікування» або «боязкого очікування» завжди має відношення до захворювання неврозом страху або тривожного очікування. При неврозі страху внутрішній конфлікт полягає в нездатності захистити себе, зберегти своє «Я» від внутрішніх і зовнішніх погроз. Це конфлікт самовизначення: упевненості в собі, міцності свого «Я» при зустрічах з уявлюваною або реальною небезпекою.

Фактори, що беруть участь у виникненні страхів, можна згрупувати в такий спосіб:

- наявність страхів у батьків, головним чином у матері. У більшості випадків страхи, випробовувані дітьми, минулого властиві матерям у дитинстві або проявляються зараз. Хоча мова не йде про генетичну передачу страхів, певна схильність до почуття занепокоєння все-таки може мати місце. Потрібно пам'ятати, що мати, що перебуває в стані тривоги, мимоволі намагається оберігати психіку дитини від подій, так чи інакше нагадують про її страхи. Тим самим дитина попадає в штучне середовище, не виробляючи в собі навичок психологічного захисту й уникаючи всього, що викликає страх, замість того, щоб активно переборювати його. Підвищене занепокоєння із приводу уявлюваних і реальних небезпек батьків також приводить до мимовільної передачі страху дитині;

- велика кількість заборон з боку батька тієї ж підлоги або повне надання волі дитині батьком іншої підлоги, а також численної нереалізованої погрози всіх дорослих у родині є чинником виникнення страху;

- конфліктні відносини між родителями;

- психічні травми типу переляку, що загострюють вікову чутливість дітей до тих або інших страхів (напад, убивство на очах дитини, пожежі й ін.).

У тому випадку, коли страхи спостерігаються в дітей дошкільного віку переважно в нічний час, їх не слід розглядати як хворобливий стан. Але якщо вони зберігають максимальну частоту, здобувають тривалий характер провідної ознаки, то мова вже йде про невроз страху й тривожного очікування.

Невроз виникає або гостро, раптово, при наявності очевидної й безумовної психічної травматизації, коли навколишні дитини й сам дитина усвідомлюють причину його виникнення. При цьому спостерігається:

• нетривала загальмованість, дитина полохлива;

• ховається в кут;

• скрикує при несподіваному шумі, стукоті;

• метушливий, неспокійний;

• озирається по сторонах.

Іноді невроз виникає поступово й непомітно, поволі, як би без зовнішнього приводу. Ні дитина, ні навколишні його особи не можуть назвати причину неврозу. У цьому випадку важливу роль грає неправильне виховання, неуспішність у школі, порушення сну. Після незначної загальмованості з'являються:

• неуважність;

• капризно-дратівливий настрій;

• підвищена стомлюваність;

• лабільний пульс:

• лякливість.

Невротичні страхи не є якими-небудь принципово новими видами страху. Головне в якісному характері: афективне загострення: остраху смерті, нападу, вогню, пожежі, страшних снів, хвороби (у дівчинок), стихії (у хлопчиків). Всі ці страхи мають виражений і стійкий, а не просто віковий характер і являють собою відбиття страху смерті.

Робота психолога-практика з фобіями клієнтів представляє більшу складність, тому що основу патологічних страхів становить глибоко схована тривожність. Сутність механізму формування фобій полягає в зсуві тривожності від первинної ситуації або об'єкта, що викликали занепокоєння на іншу ситуацію або об'єкт. Людина починає боятися речей, які є лише заступниками об'єктів первинного занепокоєння. Такий зсув відбувається внаслідок нерозв'язних внутрішніх конфліктів.

Приклад: "Шестирічний хлопчик відмовлявся їсти, незважаючи на всі угоди вихователів, із працею ковтав і приймав тільки рідку їжу. У бесіді робив враження заляканого, що не реагує на зауваження відразу й у той же час украй рухливого й метушливого дитини. Страх у нього розвився після того, як він поперхнувся кісточкою. Прямо він не говорив, що боїться вмерти, але про це свідчили відмову від твердої їжі та й неспокійне поводження в цілому. Чому ж хлопчик з настільки банальної події зробив таку драму? Про його емоційну чутливість і вразливість було відомо всім навколишнім. Але ніхто не догадувався, що незадовго до випадку з кісточкою він зробив хвилююче відкриття про своїй рано або пізно неминучої смерті. Але одного цього було б недостатньо для розвитку неврозу страху. Два роки тому мати сама подавилися кісточкою й страждала якийсь час від утрудненого подиху, обстежилася в різних лікарів. Син був свідком розмов про передбачувану пухлину й бачив тривогу матері. Було йому в той час 4 роки, але він дуже любив матір, розділяв багато хто її переживання. Коли з ним відбулося подібне, він злякався подвійно, згадавши те, що було з матір'ю. А вона, ще повністю не оправившись від страху своєї смерті, злякалася ще більше. От чому відбулася стійка фіксація страху в хлопчика, і він у результаті його гострого почуття, що охопило, занепокоєння став відрізнятися від однолітків".

Консультант-Психолог не повинен проявляти поспішність в інтерпретуванні внутрішніх конфліктів клієнта на підставі його конкретної фобії. За одною й тією же фобією в різних людей можуть ховатися різні конфлікти.

Стрижнем невротичного поводження з перевагою фобій є посилене уникання тривоги, прагнення обійти її конфлікт, що породив. Тому клієнт нерідко спокійно говорить про свій страх, але заперечує існування будь-яких внутрішніх конфліктів, пов'язаних із цим страхом. Консультант повинен бути готів до такого поводження. Спроби уникнути обговорення конфлікту можуть виявитися найрізноманітнішими способами. Звичайно клієнти вкрай обережні у відносинах з консультантом. Вони схильні пручатися прагненню консультанта говорити про речі, що провокують тривожність. Опір знову ж приймає різні форми. Клієнт забуває деталі передісторії своїх проблем, які проливають світло на суть психологічного конфлікту. Наприклад, виникнення фобії якось пов'язане зі змінами життя клієнта, системи відносин його особистості, але клієнт про цьому навіть не згадує, хоча така інформація істотна для розуміння природи фобії. Можливо взагалі уникання розмови про себе.

Консультант повинен мати на увазі ці типові риси поводження клієнтів з фобіями. Дорослі клієнти часто займаються самолікуванням, купують медичні книги, прагнуть випробовувати усілякі методи лікування, однак уникають безпосереднього звертання до своїх внутрішніх конфліктів. Консультантові-Психологові важливо розібратися, чому клієнт це робить.

Для корекції й психотерапії страхів у дітей можна використовувати метод десенсибілізації (поведінкова психотерапія).

Метод десенсибілізації

Метод десенсибілізації був запропонований Д. Вольпом.

Десенсибілізацію можна розглядати як варіант методу поетапних змін, що використовується при роботі з негативними емоційними станами, у першу чергу з явищами тривожного ряду, страхами (фобіями).

Десенсибілізація передбачає систематичний рух по ієрархії зухвалу тривогу ситуацій, від найменш до найбільше стресогенним ситуацій. Другим механізмом забезпечує дієвість цього методу, є сполучення зухвалу тривогу стимулів з переживанням релаксації й задоволення, які деякою мірою не сумісні з почуттям страху. Зміст корекції полягає в просуванні через серію невеликих ретельно градуйованих кроків, що допускають у дитини лише легеня стан хвилювання. Щораз, коли дитина просувається на один крок і виявляється в ледве більше страшній для нього ситуації, йому виявляється, певна допомога, що спрямована на зменшення виниклої тривоги.

Послідовність предметів і ситуацій, що викликають тривожні побоювання, відтворюється й спрацьовується доти, поки дитина не стає в стані пройти всі ці кроки, не випробовуючи тривоги. Дуже важливо, щоб тривога втримувалася на мінімумі. Головна ідея полягає в заміщенні тривожних реакцій у ситуації, що викликає страх і тривогу на релаксацію (розслаблення).

Десенсибілізація може проводитися у двох варіантах:

1. Ситуації, що викликають страх і тривогу, пред'являються в реальному житті, (in vivo). Прикладом такої роботи може бути робота з Мартіном, описана Раттером, що випробовує страх перед собаками. Його проблема носила відособлений характер і причини її виникнення були пов'язані з несприятливим досвідом спілкування із цими тваринами. У Мартіна зовсім не викликали тривоги зображення собак. Легка напруга викликали маленькі пухнаті тварини. Побачивши ж будь-якого живого собаки в хлопчика виникало сильне занепокоєння, що досягало свого піка, якщо тварина була більшим і швидко рухаючись, наближалося до дитині. При роботі з Мартіном використовувався метод систематичної десенсибілізації, що полягав у тім, що йому показували живих тварин, розмір і подібність із собаками яких поступово зростали. Це були морські свинки, пацюки, кролики, мавпи, вівці, кози. У кожному випадку для зменшення тривоги використовувався або шоколад, або поглаживання тварини. Під час п'ятої із щоденних зустрічей дитині показали маленького слухняного собаку, поступове наближення до якої добре сприймалося терапевтом. У більше пізніх заняттях використовувалися маленькі живі собачки, а в останніх - більші пси. Спочатку собаки перебували на повідці, що тримав знайомий дорослий, потім їх спускали з повідця, а потім за повідця їх тримав уже сам Мартін.

2. Робота може проводитися з уявними поданнями, коли дитині пропонується як можна більш чітко представить образ (картинку) тієї ситуації, що викликає напруженість. Дитині пропонують закрити очі, розслабитися й уявити собі ситуацію або предмет, що перебуває на нижньому щаблі ієрархії тривоги. Як тільки в нього виникає почуття тривоги, психолог пропонує йому припинити уявне подання й розслабитися. При проведенні цієї процедури психолог повинен бути впевнений у тім, що дитина перебуває в стані релаксації, інакше ця робота може дати протилежний результат. Тому попередньо необхідно навчити дитини прийомам швидкого й ефективного розслаблення (аутогенне тренування).

Як уже говорилося, необхідним елементом при роботі із цього методу є обов'язкове переживання дитиною задоволення або релаксації. Потужним джерелом позитивних емоцій може бути ігрова ситуація. Тому моделювання страшної для дитини ситуації в грі може мати психотерапевтичний ефект але механізму десенсибілізації.

При складанні покрокової програми роботи із ситуаціями, що викликають тривогу, можна використовувати як етапи зазначені вище форми моделювання ситуації: уявне подання, програвання, зіткнення з такою ситуацією в реальному житті.

Чистяковою М.І. описана робота з Пашей, що випробовує страх темряви. При спробі підвести його до дверей у темну кімнату він давав яскраву вегетативну реакцію: з'являлася блідість, тремтіння, затримка подиху. Для Паші була намічена п’яти ступінчата програма по подоланню страху перед темрявою. Спочатку він у присутності дітей у дитячому садку в яскраво освітленому залі уявляв себе самотньо сидячим у темній кімнаті. На наступному занятті він брав участь у сюжетно-рольовій грі "У темній норі", по ходу якої двоє друзів, Каченя й Зайча попаслися в лабети до хитрої Лисиці, що заманила їх у свою нору. Хлопчик відігравав роль боязкого Каченяти. При повторенні гри Паша був призначений на роль сміливого Зайчати, що не плакав, як Каченя, а шукав вихід із ситуації. На третім занятті хлопчик виконував роль страхаючі в етюді "Нічні звуки". Паша незвично розгальмувався, став дуже голосно кричати (як сова) і енергійно розгойдуватися (як дерево в буру). Коли він повністю перевтілився в ігровий образ, його відправили за двері в темний коридорчик перед залом, де він повинен був чекати музичного сигналу, а діти в залі жваве домовлялися, як вони його будуть лякати, коли він увійде. Хлопчик настільки був поглинений тим, що діється у залі, що не усвідомив той, що йому довелося кілька хвилин стояти в повній темряві за дверима. У ході подальшої роботи Паша призначався на цю роль кілька разів і час його перебування в темному коридорі щораз збільшувалося.

ІІІ. Профілактика, психотерапія й психокорекція неврозів

Профілактика психогенних захворювань полягає в створенні умов середовища, що знижують можливість травматизації психіки. Поліпшення умов середовища, трудове виховання, загартовування, нагляд за здоров'ям учнів у навчально-виховних установах, психологічну освіту, що озброює батьків розумінням особливостей психічного розвитку дітей, правильний режим, чергування навчальної, навантаження й відпочинку, а також прищеплювання ініціативи й самостійності - все це заходу, що перешкоджають розвитку психогенних захворювань. В абсолютній більшості випадків неврози виліковні завдяки лікувально-психологічними й психолого-педагогічним заходами й потенційними можливостями дитячого організму.

Корекція психогенного захворювання передбачає, у першу чергу, усунення факторів, що травмують хворого. Такі хворі звичайно бідують із початку в лікуванні в спеціальній психоневрологічній установі, а потім у тривалій психологічній реабілітації.

Лікування неврозів представляє значні труднощі, тому що поряд із психічною травматизацією (іноді не зовсім вираженої), яку необхідно виявити, спостерігається соматичне виснаження, при якому показане загальзміцнювальне лікування. Профілактика неврозів полягає в спеціальної тренингової роботі.

З фізіологічної точки зору процес навчання й виховання є насамперед процесом утворення умовних зв'язків, стереотипів і навичок. Він забезпечує тренування нервових процесів. Необхідне формування цілеспрямованої активності, витримки й самовладання, що забезпечують стійкість і опірність організму впливу психогенних факторів.

Сполучення занять по загальноосвітніх предметах з виробничим навчанням, виховання працьовитості, почуття боргу, боротьба з тепличною обстановкою, егоїзмом, тенденцією до переваги над іншими є факторами, що тонізують кору більших півкуль головного мозку, що перешкоджають розвитку неврозів. Надмірна увага, постійна тривога про дитину, виконання всіх його бажань і примхливих спонукань позбавляють дитини самостійності, знижують витримку й культивують у ньому риси егоцентризму. Шкідливо, зрозуміло, і недооцінювати інтереси дитини, що має свій власний внутрішній мир, ігнорування якого може привести до відчуття занедбаності, самітності. Приділяючи дитині увага, батьки, вихователі не повинні йти на приводу всіх його бажань.

При лікуванні неврозів необхідно з'ясувати їхню причину й спробувати неї усунути. Даючи захворілої рекомендації, не слід фіксувати його увага на психопатологічних проявах, що спостерігаються в нього. Застосовуються методи психотерапії, спрямовані на відновлення сили коркових процесів, вироблення нових і гальмування старих зв'язків, усунення вогнища інертного застійного порушення й ін. Велике значення в лікуванні мають спокій, тривалий сон, перебування в психоневрологічному стаціонарі, школі санаторного типу або санаторії. Підхід до хворим неврозом повинен бути строго індивідуальним. Якщо, наприклад, при неврастенії основними в лікуванні є відпочинок, спокій, то при деяких інших формах неврозу він застосовується як допоміжний метод лікування й у ряді випадків стає навіть небажаним, тоді дітей, підлітків включають в активну групову діяльність.

При моносимптоматичном неврозі насамперед з'ясовується чи була причина хвороби.

Оскільки мононевроз досить часто виникає в результаті порушення педагогічного такту або неправильного виховання, те одними з ефективних методів його лікування є педагогічне втручання, психотерапія, раціональна бесіда, спрямовані на перевиховання особистості.

Дитина, підліток занурений у свій внутрішній мир, зі своїми проблемами, що мають для нього важливе значення, він має потребу в увазі навколишніх його дорослих, роз'ясненні питань, що цікавлять, задоволенні його потреб. Все це необхідно дати дитині, але не тоді, коли він домагається своєї мети обманом, лементом, судорогами, блювотою й іншими подібними реакціями. Ці реакції варто ігнорувати, щоб відучити від них дитини. При анорексії, наприклад, дитини годують насильно. Тим часом голод є кращим фізіологічним стимулятором апетиту. При відмові від прийому їжі, якщо він не обумовлений соматичним захворюванням, треба, не фіксуючи уваги забрати їжу.

При нервовому кашлі, афонії, лементі, падінні на підлогу, як протесті проти режиму, дитини краще залишити в спокої, поки в нього не припиняться ці істеричні стигми. Поза цими реакціями дитина, звичайно, має потребу в увазі навколишніх. Залежно від лікування мононевроза лікувально-педагогічне втручання має свої особливості.

При психогенній заїкуватості (логоневрозе) необхідно комплексний вплив. Воно повинне впливати не тільки на мовну функцію, але й на особистість у цілому. Дитина з гостро виниклою заїкуватістю бідує спочатку в повному мовному спокої, мовчанні. Лікування повинне бути спрямоване на відновлення нормального плину коркових процесів шляхом збільшення тривалості сну.

Логопедична корекція проводиться на ігровому або навчальному матеріалі, спрямована на вироблення плавної мови, усунення судорожної готовності, нормалізацію умовних мовних зв'язків. Ці заняття обопільного терпіння - як від учня, так і від психолога, дефектолога, учителі.

Корекція неврастенії повинна бути етиологическою. У першу чергу усувають несприятливу ситуацію, що травмує психіку, у тому числі зменшують або повністю виключають навчальне навантаження, проводять заходу, спрямовані на підвищення соматичного тонусу. Поряд зі зменшенням навантаження й введенням режиму, що щадить, застосовують засоби, що підсилюють процес гальмування в корі більших півкуль. У випадку, коли немає можливості усунути несприятливу ситуацію й перебіг хвороби приймає затяжний характер, необхідно тривале загальзміцнювальне лікування й переорієнтацію. Останнє полягає в прищеплюванні дитині, підліткові, дорослому навичок і вмінь пристосування до сформованої дійсності, подолання даної неприємної ситуації. При цьому варто враховувати як вагу ситуації, так і можливість її усунення, вік, розумовий розвиток.

Лікувально-педагогічне й психологічне втручання при неврозі нав'язливих станів повинне бути комплексним (загальзміцнювальна терапія, раціональна психотерапія, спрямована на придушення нав'язливості). Якщо при неврастенії рекомендується санаторний режим, то при неврозі нав'язливих станів він може зробити негативний вплив. Психологові й педагогові-вихователеві потрібно враховувати, що звільнення дитини з нав'язливим станом від занять, зменшення навчального навантаження, переклад на постільний режим лише підсилять у нього нав'язливість. Відпочинок, сполучаючись із неробством, приводить до збільшення вогнища порушення, фіксації іпохондричних тенденцій. Такі хворі краще себе почувають при достатнім робочому навантаженні.

Зменшення нав'язливого стану можна досягти шляхом залучення дитини в цікаву навчальну, ігрову й трудову діяльність, що створює нові вогнища порушення в корі великого мозку. При неврозі тривожного очікування й страху застосовуються методи поведінкової терапії, вітамінізація.

Велике значення має раціональна психотерапія у вигляді роз'яснення хворому необґрунтованості страхів, переконання його в тім, що їхня причина усунута, а сьогодення почуття тривоги обумовлене самонавіянням. Для подолання почуттів тривоги й нав'язливості можна використовувати тренування, поступово розширюючи поставлені завдання. Всі рекомендації повинні бути строго індивідуальними.

При корекції всіх форм неврозів важливу роль грає з'ясування ситуації, у якій виникла фрустрація, характеру фрустрації й конфлікту. Якщо ситуація, що робить психотравмуючи дію, не дозволена, варто допомогти хворому знайти вихід із цієї ситуації. Цього можна досягти або шляхом зміни зовнішніх обставин, або шляхом переорієнтації особистості, що змінює мети поводження. Така переорієнтація дозволяє ліквідувати фрустрацію, хоча обставини, у яких вона виникла, і залишаються незмінними.

Переорієнтація особистості досягається за допомогою психотерапії. Психотерапія показана не тільки при лікуванні щирих неврозів, але й при лікуванні неврозоподібних станів як важлива складова частина комплексної терапії.

неврастенія невроз психотерапія страх

IV. Психодіагностичне дослідження «Дитячий тест неврозів»

Перший етап роботи психолога з дітьми – психодіагностика. Ціль моєї роботи - виявлення дітей, підданих невротичним розладам.

Діагностичне дослідження було проведено в 8 -х класах КЗ ЛСШ I-III ст. №1 р. Луганська. У дослідженні взяли участь 70 чоловік.

Для виявлення схильності до неврозів учнем була запропонована діагностика: «Дитячий тест неврозів». Див. додаток. Твердження тесту - систематизовані в шести основних аспектах прояву невротичних розладів у дітей - депресії, астенії, порушень поводження, вегетативних розладів, порушень сну й тривоги.

Необхідно особливо відзначити, що перераховані розлади можуть бути присутнім у дитини в комплексі, депресія не виключає вегетативних розладів або порушень сну.

Були отримані наступні результати:

Таблиця 1

|  |  |
| --- | --- |
| Усього обстежених дітей | Діти, у яких були виявлені невротичні порушення |
| 70 | 26 |

Таблиця 2

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 16-20 (високий рівень ризику наявності даного неврозу) |  |  |  |  |  |  |
| 15-11 (середній) |  |  |  |  |  |  |
| 1-10 (низький) | 10 | 10 | 1 |  | 8 | 4 |
| Вид неврозу | Депресія | Астенія | Порушення поводження | Вегетативні розлади | Порушення сну | Тривожність |

Результати: З 70 чоловік, що прийняли участь в обстеженні в 26 чоловік були виявлені невротичні порушення. В 10 чоловік - депресія, в 10 - Астенія, в 8 - порушення сну, в 4 - тривожність, в 1- порушення поводження. Як було відзначено вище, тест допомагає виявити комплексні порушення. В 5 учнів виявлені такі порушення:

Депресія - астенія 2 учнів

Депресія - порушення сну 3 учнів.

За підсумками психодіагностики була проведена бесіда з родителями учнів, що мають невротичні порушення, а також проведена бесіда із класними керівниками. Проведено ознайомлювальну лекцію серед педагогічного колективу. З дітьми, підданим неврозам, була призначена психотерапія, складена індивідуальна психокорекційна робота.

Висновок

Для успішної роботи з дітьми й підлітками підданих невротичним станам необхідно виробити чіткі рекомендації необхідні для усунення всіх форм неврозів.

Загальні принципи психотерапії й психокорекції неврозів у дітей і підлітків у психологічній службі навчально-виховних установ і дитячих психоневрологічних відділень:

1. Перший етап – психодіагностичний. Попереднє ретельне вивчення особистісних і психічних властивостей дитини або підлітка.

2. Другий етап - вивчення особистісного розвитку дітей в онтогенезі. Вивчення анамнезу й усього різноманіття міжособистісних відносин у родині, у школі, у компаніях і угрупованнях однолітків.

3. Третій етап - індивідуальний підбор методів психотерапії, складання індивідуальної програми психокорекційної роботи.

4. Індивідуальна психотерапія й корекція повинна сполучатися з роботою з родителями й всій родині. Чим менше вік, тим більше неухильно повинен дотримуватися цей принцип, тому що власні невротичні розлади батьків, атмосфера неблагополучної родини, неправильне виховання є провідними факторами походження неврозів у дітей і підлітків.

5. Паралельна робота із учителями.

Додаток

ТЕСТ «ДТН» (Дитячий тест неврозів»)

Ціль: Діагностика рівня загальної тривоги й проявів невротизації

Література: Діагностика невротичних розладів у дітей молодшого й середнього шкільного віку / Практична психологія та соціальна робота №2, 1999. - з 17 - 20

Інструкція: Прочитайте питання й постарайтеся вибрати ту відповідь («Так» або «Ні»), що найбільше до вас підходить.

Варіанти відповідей: "ТАК" або "НІ".

1. Тобі буває нудно, смутно.

2. Іноді тобі хочеться плакати просто так.

3. Тобі іноді буває страшно без причини.

4. Ти спиш добре й спокійно.

5. Хлопці не хочуть із тобою грати.

6. Часто тобі зовсім не хочеться їсти.

7. Тобі буває зовсім не цікаво грати, дивитися телевізор.

8. Ти почуваєш себе сильним.

9. Чи часто в тебе болить голова або живіт.

10. Ти утомлюєшся сильніше інших хлопців.

11. Іноді ти буваєш поганим.

12. У школі тебе не люблять.

13. Учителі до тебе чіпляються.

14. Із хлопцями тобі нудно й нецікаво.

15. Іноді в тебе бувають страшні сни.

16. Ти веселий.

17. Ти боїшся школи й учителів.

18. Тобі важко робити уроки.

19. Ти часто забуваєш те, що вивчив.

20. Тобі часто хочеться спати.

21. Ти часто відволікаєшся на уроках.

22. Ти не любиш чого - або чекати.

23. Ти не можеш довго бігати, боротися, грати.

24. Тобі говорять, що ти погано запам'ятовуєш.

25. Тобі важко довго дивитися телевізор або читати.

26. Ти став менше грати з іншими хлопцями.

27. Ти погано розумієш, що читаєш.

28. У тебе холодні ноги й руки, навіть у теплу погоду.

29. Тебе легко скривдити.

30. Іноді ти ранком почуваєш утому, після сну болить голова.

31. Іноді в тебе кружляється голова.

32. Ти часто прокидаєшся вночі.

33. Ти утомлюєшся від ігор із хлопцями.

34. У тебе часто потіють долоні.

35. Тобі важко заснути від різних думок.

36. У тебе бувають болю.

37. Буває, що тебе "заколисує" у транспорті.

38. Ти часто сваришся з родителями й друзями.

39. Тобі часто говорять, що ти не слухаєшся.

40. Ти став гірше вчитися, чим раніше.

41. Тебе іноді нудить.

Обробка результатів.

При обробці результатів кожний збіг відповіді із ключем оцінюється в один бал. Після цього дані підсумуються по шкалах, нормуються шляхом множення показників кожної зі шкал на коефіцієнти нормування по шкалах. Остаточний результат дає можливість зробити висновок про ймовірність наявності й передбачуваному профілі невротичного стану дитини.

Ключі до шкал тесту - теста.

Шкала щирості: відповідь "ТАК" 1,11, 36.

Якщо по шкалі щирості сума балів 2, то дані представляються сумнівними, 3 - недостовірними. Подальша обробка не представляється можливої.

Депресії: відповідь "ТАК" - 1, 2, 5, 7, 9, 10, 11, 14, 15, 18, 19, 20, 23, 25, 26, 35, 40.

відповідь "НІ" - 8, 16.

Астенії: відповідь "ТАК" - 10, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 40.

Порушень поводження: відповідь "ТАК" - 21, 29, 38, 39, 40.

Вегетативних розладів: відповідь "ТАК" - 2, 6, 9, 20, 28, 31, 34, 36, 37, 41.

Порушень сну: відповідь "ТАК" - 15, 20, 30, 32.

відповідь "НІ" - 4.

Тривоги: відповідь "ТАК" - 3,12,13, 17, 22, 29, 35, 38, 39.

відповідь "НІ" - 4.

Коефіцієнт нормування по шкалах.

Депресії - 1

Астенії -1

Порушень поводження - 4

Вегетативних розладів - 2

Порушень сну - 4

Тривоги - 2

Зона від 16 -20 балів - характеризує високий рівень ризику наявності певного симптомокомплексу.

Зона від 12 -15 балів - середній рівень ризику або тенденція до підвищення, виявленню певного симптомокомплексу.

Зона до 11 балів включно - низький рівень ризику формування симптомокомплексу.

Зміст шкал.

Шкала депресії - зниження життєвого тонусу, низька самооцінка, уповільнений темп мислення, відчуття туги, пригніченості, безвихідності, увага, як правило, важко залучається зовнішніми стимулами.

Шкала астенії - виявлення найбільш типового порушення уваги, мислення, пам'яті, працездатності, характерних для вікових особливостей астенічного синдрому в дітей. Мислення - уповільнене осмислення, труднощі асоціацій (особливо в молодшому шкільному віці). Пам'ять - утруднення відтворення в сполученні зі слабким запам'ятовуванням. Спостерігається підвищена чутливість, вразливысть, загостреність реакцій.

Шкала порушення поводження - агресивність, антидисциплінарні вчинки.

Шкала вегетативних розладів - невротичні порушення. Порушення можуть проявлятися найрізноманітнішими порушеннями: сердечно - судинні, дихальні, кишкові порушення (вегетососудистая дистонія, гастрити, дуоденіти, коліти...).

Шкала порушень сну - депресивний розлад: труднощі засипання, кошмарні сновидіння, раннє пробудження. Для астенічного симптомокомплексу: сонливість, суб'єктивна відсутність почуття сну при об'єктивно більшої, ніж звичайно тривалості сну, почуття утоми при пробудженні.

Шкала тривоги - загальний стан емоційного переживання очікування неблагополуччя, передчуття погрози.

Список літератури

1 В.Франкл Людина в пошуках змісту. - К., 1990

2 А.І. Захаров Психотерапія неврозів у дітей і підлітків. - К., 1992

3. К.Леонгард Акцентуйованні особистості. - К., 2000

4. Е. Алан Психологічне консультування й психотерапія. - М., 1999

5. Посібник із психотерапії під ред В.К.Рожкова. – К., 2003

6. М.Раттер Допомога важким дітям - К., 2003

7. М.І. Чистякова Психогімнастика - К., 2005

8. Роджерс К. Погляд на психотерапію. Становлення людини - К., 2004