

18+

ГЕННАДИЙ
СТАРШЕНБАУМ



ПОДРОСТКИ

РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ И НАСТРОЕНИЯ



ТЕСТЫ, УПРАЖНЕНИЯ,
РЕКОМЕНДАЦИИ

Умный самоучитель психологии



Умный самоучитель психологии

Геннадий Старшенбаум

**Подростки. Расстройства
поведения и настроения**

«Издательство АСТ»

2023

УДК 616.8-085.851
ББК 53.57

Старшенбаум Г. В.

Подростки. Расстройства поведения и настроения /
Г. В. Старшенбаум — «Издательство АСТ», 2023 — (Умный
самоучитель психологии)

ISBN 978-5-17-160195-9

Почему подростки дерзят взрослым? Что на самом деле беспокоит тинэйджеров? Почему они склонны к неоправданному риску и какие страхи их преследуют? Каким испытаниям подвергается их самооценка и что должно насторожить родителей и педагогов? О расстройствах настроения и поведения подростков, об их зависимостях и бунтарстве, а также о том, как и чем взрослые могут помочь детям в этот непростой период их жизни — на страницах книги известного психотерапевта Г. В. Старшенбаума. Это подробное руководство содержит тесты для первичной диагностики и самодиагностики, рекомендации и упражнения для самопомощи, согласованной со специалистом. Книга написана простым доступным языком. Она будет полезна обучающимся и практикующим психологам, педагогам, врачам и родителям. Не является учебником по медицине. Все рекомендации должны быть согласованы с лечащим врачом. В формате PDF A4 сохранён издательский дизайн.

УДК 616.8-085.851
ББК 53.57

ISBN 978-5-17-160195-9

© Старшенбаум Г. В., 2023

© Издательство АСТ, 2023

Содержание

Предисловие	7
Тревога	10
Специфическая фобия (СФ)	12
Тревожное расстройство разлуки	14
Избирательный мутизм (ИМ)	17
Социальное тревожное расстройство (СТР)	19
Паническое расстройство	21
Агорафобия	24
Генерализованное тревожное расстройство (ГТР)	26
Кошмары	28
Тесты	29
Что делать	35
Конец ознакомительного фрагмента.	36

Геннадий Старшенбаум

Подростки. Расстройства поведения и настроения

Тесты, упражнения, рекомендации

© Старшенбаум Г. В., 2023

© ООО «Издательство АСТ», 2023

* * *

Предисловие



– Вы лечите трудных подростков? – нередко спрашивают меня родители, обеспокоенные поведением ребенка. Однако в процессе работы с семьей, как правило, оказывается, что его не надо лечить или перевоспитывать. Скорее родителям надо научиться понимать и принимать подростка, одновременно обучая и его этому искусству.

Трудно увидеть самооценную личность в человеке, которого пятнадцать лет назад сажал на горшок.

По протоколу Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА) тинэйджеры делятся на две группы: младшие подростки (10–14 лет) и старшие подростки, или юноши и девушки (15–19 лет).

Важной частью психической жизни подростка является воображение. Фантазии заменяют ему детские игры, устраняя внутренние конфликты, и снимают напряжение. Некоторые подростки начинают писать стихи, заниматься рисованием и другими видами творчества.

Одна из особенностей юношеского возраста заключается в том, что широта интеллектуальных интересов часто сочетается с разбросанностью, отсутствием оценки своих возможностей. Многие юноши и девушки склонны преувеличивать уровень своих знаний и особенно умственных возможностей.

У старшеклассников высоко развит объем внимания, способность сосредотачивать его и переключать с одного предмета на другой. Вместе с тем их внимание зависит от направленности интересов, поэтому подростки часто жалуются на рассеянность и скуку. Развитие инструментов познания часто опережает личностное развитие.

У подростка пылкие чувства – в стремлении к избранной цели для него не существует никаких препятствий. Глаза его исторгают пламень страсти, взгляд непреклонен. Кроме собственной цели, весь мир – ничто. Но расточительство душевной и физической энергии не проходит даром – вот он уже впал в оцепенение. Глаза его потухли, он опустошен, и кажется, ничто не придаст ему сил. Но пройдет еще немного времени – и он вновь охвачен страстью новой цели.

«Подростковый комплекс» включает в себя перепады настроения – от безудержного веселья к унынию и обратно, а также ряд других полярных качеств, выступающих попеременно. Так, зачастую чувствительность подростков к оценке посторонними своей внешности, способностей, умений сочетается у них с излишней самонадеянностью и безапелляционными суждениями в отношении окружающих. Сентиментальность порой уживается с поразительной черствостью, болезненная застенчивость – с развязностью, желание быть признанным и оцененным другими – с показной независимостью, борьба с авторитетами, общепринятыми правилами и распространенными идеалами – с обожествлением случайных кумиров, а чувственное фантазирование – с сухим мудрствованием.

Подростки исключительно эгоистичны, считают себя центром Вселенной и единственным предметом, достойным интереса, и в то же время ни в один из последующих периодов своей жизни они не способны на такую преданность и самопожертвование.

Анна Фрейд

Юноши и девушки могут страстно любить и оборвать эти отношения так же внезапно, как и начали. С одной стороны, они с энтузиазмом включаются в жизнь общества, а с другой – охвачены страстью к одиночеству. Иногда их поведение по отношению к другим людям грубо и бесцеремонно, хотя сами они неимоверно ранимы. Их настроение колеблется между сияющим оптимизмом и самым мрачным пессимизмом.

В определенных ситуациях (плохая отметка, выговор за плохое поведение) подросток может скрывать тревогу, волнение, огорчение под маской равнодушия. Взволнованность от встречи с небезразличным человеком он может маскировать ироничным смехом, застенчивость – развязными манерами и самоуверенным тоном, грусть – напускной веселостью. В ситуации конфликта с родителями, учителями, товарищами подросток может проявить большую импульсивность в поведении. От тяжело переживаемой обиды он способен на бегство из дома и даже попытку самоубийства.

Подросток испытывает острое сочувствие при виде горя других людей, ему свойственно стремление бескорыстно отказаться от чего-то ценного для него ради блага другого человека. Для ранней юности типична идеализация друзей и самой дружбы. Нуждаясь в сильных эмоциональных привязанностях, молодые люди подчас не замечают реальных свойств партнера.

Юношеская потребность в самораскрытии часто перевешивает интерес к раскрытию внутреннего мира другого, побуждая не столько выбирать друга, сколько придумывать его. Потребность в интимной человеческой близости и чувственно-эротические желания очень часто не совпадают и могут быть направлены на разных партнеров.

Активно формируется мировоззрение, вырабатывается собственная независимая система эталонов самооценивания и самоотношения, все более развиваются способности проникновения в свой внутренний мир. Подросток начинает понимать свою особенность и неповторимость, в его сознании происходит постепенная переориентация с внешних оценок (преимущественно родительских) на внутренние.

Стремление к общению со сверстниками весьма характерно для подросткового и юношеского возраста и получило название «реакция группирования». Наряду с очевидным поло-

ролевым разделением наблюдается также образование смешанных подростковых и юношеских групп.

Кроме того, актуализируется стремление подростка к освобождению от опеки со стороны взрослых – «реакция эмансипации», что в ряде случаев приводит к учащению и углублению конфликтов с ними. Однако полной свободы подростки на самом деле не хотят, поскольку еще не готовы к ней, они хотят всего лишь иметь право на собственный выбор, на ответственность за свои слова и поступки.

Молодость дается лишь раз. Потом для глупостей нужно подыскивать
другое оправдание.

В этой книге я обобщаю современные научные данные и собственный полувековой опыт работы с подростками и их родителями. Узнаваемые подробности в приведенных примерах, разумеется, опущены. Надеюсь, клинические описания расстройств, проиллюстрированные случаями из практики, помогут подросткам лучше узнать себя, а родителям и специалистам, работающим с подростками, – лучше понять их. Результаты тестов для первичной самодиагностики и выбор психокоррекционных упражнений желательно обсудить со специалистом. Можно писать мне на адрес star.39@mail.ru.

Тревога



Фобия – навязчивый страх перед определенными объектами, ситуациями или действиями, переживаемый как необоснованный и чуждый личности. Вначале страхи возникают в двух-трех ситуациях. Затем присоединяются близкие по содержанию страхи, а затем появляются защитные ритуалы. Это определенные действия, которые надо выполнить, чтобы прошли навязчивые опасения. Со временем избегание определенных ситуаций начинает определять образ жизни человека.

Фобический синдром характеризуется охватывающими, постоянными и бессмысленными страхами, приводящими к сильной потребности избегания объекта или ситуации, вызывающей страх. В развитии фобического синдрома наблюдаются три этапа:

- условно-рефлекторное появление страха в ситуации, где впервые возник страх;
- появление страха, когда такая ситуация только ожидается;
- появление страха при одной мысли о предстоящей ситуации.

Патологическая тревога провоцируется внешними обстоятельствами, но обусловлена психологическими и физиологическими причинами, нередко сочетается с двигательным беспокойством и вегетативными реакциями. Патологическое состояние тревоги более продолжительно и приводит к истощению адаптационных возможностей организма.

Клиническая картина тревожно-фобических расстройств определяется сочетанием симптомов психической и соматической тревоги в различных комбинациях. У детей фобии нередко сочетаются с ночными страхами и школьной фобией. С 8 лет ребенок начинает испытывать страхи природных катастроф. Позже формируется навязчивый страх тяжелой болезни и смерти, который сопровождается магическими действиями, защищающими от несчастий

(перечеркивание фотографий умерших, прикосновение к определенным предметам с целью избежать несчастья).

Дети и подростки с фобией инъекций особенно склонны к обморокам в присутствии фобического стимула. Они часто неохотно получают медицинскую помощь даже при наличии медицинских проблем. Страх рвоты и удушья может существенно снизить потребление пищи.

С 11 лет подросток больше боится угрызений совести за действия, которые считает неприемлемыми, несправедливыми или аморальными. Дополнительно развиваются навязчивые сомнения и действия (закрыта ли дверь, выключены ли электроприборы и т. п.). К юношескому возрасту часто присоединяется страх толпы, езды на поезде, особенно в метро, где человек нередко боится пользоваться и эскалатором. При остановке поезда в туннеле метро может впервые развиваться паническая атака.

*На смертном одре с облегчением видишь, что почти все твои страхи
были совершенно напрасны.
Кишиитоф Конколевский*

Специфическая фобия (СФ)

Нарушение характеризуется выраженным и чрезмерным страхом или тревогой, которая постоянно возникает при воздействии или ожидании воздействия одного или нескольких конкретных объектов или ситуаций.

В качестве фобического стимула могут выступать:

- животные (например, насекомые, змеи, собаки);
- природная среда (например, высота, полет, гроза, вода);
- травма, кровь, инъекции и переливания, другое медицинское вмешательство;
- замкнутое пространство (например, самолеты, лифты, другие закрытые места);
- прочее (например, ситуации, которые могут привести к удушью или рвоте: у детей, например, громкие звуки или костюмированные персонажи).

Симптомы сохраняются в течение по крайней мере нескольких месяцев и являются достаточно серьезными, чтобы привести к дистрессу или значительным нарушениям в личных, семейных, социальных, профессиональных или других сферах жизни.

Нарушения нельзя объяснить другими психическими расстройствами, такими как:

- *тревожное расстройство разлуки* со страхом отделения от дома или объекта привязанности;
- *агорафобия* с беспокойством и избеганием ситуаций, связанных с паническими атаками или другими симптомами беспомощности;
- *посттравматическое стрессовое расстройство* со страхом напоминания о травматических событиях;
- *обсессивно-компульсивное¹ расстройство* с навязчивостями, связанным с объектами или ситуациями (например, страх крови из-за навязчивых мыслей о заражении болезнями, передаваемыми через кровь).

Клиника и течение. СФ обычно развивается в раннем детстве, в большинстве случаев до 10 лет. Фобические объекты или ситуации избегаются или переносятся с сильным страхом или тревогой. Избегающее поведение обычно очевидно (например, ребенок, который боится крови, отказывается идти к врачу). Иногда оно проявляется менее явно (например, человек, который боится змей, отказывается смотреть на картины с изображением того, что по форме напоминает змею).

Активное избегание означает, что человек намеренно ведет себя так, чтобы предотвратить или свести к минимуму контакт с объектами или ситуациями, связанными с фобией (например, избегает входа в темную комнату из-за боязни пауков).

К факторам риска СФ относятся негативная аффективность (нейротизм), поведенческие запреты, родительская гиперопека, потеря родителей и разлука, а также физическое и сексуальное насилие. СФ иногда развивается после травматического события (например, нападения животного или застревания в лифте), наблюдения за другими, переживающими травматическое событие, неожиданной панической атаки в угрожающей ситуации или информационной передачи (например, широкого освещения в СМИ авиакатастрофы).

¹ Лат. *obsido* – овладевать, *compello* – вынуждать.

Кардиофобический синдром

Вызывающим этот синдром событием обычно служит острый конфликт, разлука, покинутость и разочарование, а также переживание смерти близкого, особенно от болезни сердца. Часто встречается псевдоревматическая форма кардиофобии, развивающаяся обычно на фоне хронического тонзиллита и наличия тяжелого ревмокардита у кого-нибудь из близких родственников.

Подросток при физической нагрузке жалуется на боли в сердце, сердцебиение, одышку, перебои в области сердца, периодические боли в суставах. Обследование выявляет лишь легкое повышение температуры или минимальные изменения на ЭКГ. Тем не менее ему нередко проводят курс противоревматического лечения, за которым следуют консультации специалистов, высказывающих различные мнения. В результате у подростка формируется убеждение в серьезности его сердечного заболевания.

Другим вариантом кардиофобии является псевдоинфарктный, он развивается обычно на фоне психотравмирующей ситуации. Расстройство часто манифестирует панической атакой или тревожно-истерической реакцией с выраженной болью в области сердца. После приступа подросток опасается его повторения, он плохо спит из-за страха умереть от сердечного приступа во время сна.

Подросток боится спать на левом боку, постоянно шупает пульс, панически реагирует на малейшие неприятные ощущения в левой половине грудной клетки или даже всей верхней части туловища. Острые тревожно-истерические реакции с кардиофобическим синдромом длятся в среднем 1–2 месяца и могут полностью пройти после разрешения травмирующей ситуации.

Кардиофобия в рамках панического расстройства нередко осложняется невротическим ипохондрическим развитием личности. Обычно присоединяется фобия инфаркта, замкнутых пространств или толпы, связанная с опасениями оказаться без «спасителя». Подросток не отпускает от себя родных, выходит на улицу лишь в их сопровождении. Он избегает эмоциональных и физических нагрузок, переохлаждения или перегревания.

Часто ипохондрические опасения распространяются на желудочно-кишечный тракт – тогда подросток неукоснительно соблюдает строгий распорядок дня и определенную диету: без жира, чтобы не допустить повышения уровня холестерина, и без клетчатки во избежание вздутия живота и давления на сердце.

У большинства таких подростков выявляется депрессивная невротическая структура личности с колебаниями между фантазиями привязанности и расставания. Они не скрывают своих страхов, но в остальном сдержанны и скрытны; педантично соблюдают правила поведения. Из-за изнеженности и тревожной опеки матери наряду с деспотичностью отца пациенты испытывают противоречивую потребность в близости и отстранении.

При опасности ослабления симбиотической связи они заболевают или их болезненное состояние усиливается. У них отмечается выраженный страх одиночества, боязнь вида крови, упорная рвота при волнении и т. п. Они постоянно беспокоятся о своем благополучии и при любом недомогании – своем или близких – впадают в панику. Больные стремятся подчинить близких людей и навязывают семье удобный для себя образ жизни.

*На дне каждого сердца есть осадок.
Козьма Прутков*

Тревожное расстройство разлуки

Диагностические критерии

А. Совершенно неуместный и чрезмерный страх или тревога по поводу разлуки с теми, к кому они привязаны. У младших подростков тревога разлуки обычно сосредоточена на родителях, других членах семьи или попечителях. У старших подростков это обычно романтический партнер.

О расстройстве свидетельствуют по меньшей мере три признака из нижеперечисленных:

1. Нереалистичные опасения несчастья, которое может произойти с главным лицом ближайшего окружения (например, болезни или травмы), или утраты близкого человека (например, он исчезнет навсегда или умрет).

2. Постоянное и чрезмерное беспокойство по поводу возможного неблагоприятного события (например, вероятность потеряться, быть похищенным, попасть в больницу), из-за чего разлучиться с основным объектом привязанности.

3. Стойкое нежелание или отказ посещать школу из страха расстаться с эмоционально важными лицами или остаться одному дома (не по другим причинам, как, например, из страха перед определенными событиями в школе).

4. Трудности расставания по вечерам, распознаваемые по одному из следующих признаков: стойкое нежелание укладываться спать не рядом с эмоционально важным лицом, частые вставания по ночам, чтобы убедиться в наличии этого человека, отказ спать вне дома, частые кошмарные сны на темы расставания.

5. Повторяющееся страдание в ожидании расставания, во время и непосредственно после него (страх, плач, вспышки гнева, отказ выходить из дома, интенсивная потребность говорить с родителями, апатия, уход в себя).

6. Повторные жалобы на физические симптомы (например, учащенное сердцебиение, головные боли, головокружение и слабость).

В. Страх, беспокойство или избегание являются постоянными и длятся у подростков по крайней мере 4 недели.

С. Нарушение вызывает клинически значимый дистресс или нарушение в социальной, учебной, профессиональной или других важных областях функционирования.

Д. Нарушение нельзя объяснить другими психическими расстройствами, такими как:

- *расстройство аутистического спектра* с отказом выходить из дома из-за чрезмерного сопротивления к изменению;

- *агорафобия*² и *панические атаки* с отказом выходить на улицу без надежного спутника;

- *социальное тревожное расстройство* с избеганием школы из-за опасения, что к нему там плохо отнесутся;

- *генерализованное тревожное расстройство* с опасениями за здоровье или благополучие значимых людей;

- *ипохондрия и синдром соматического дискомфорта* с беспокойством за здоровье;

- *оппозиционно-вызывающее расстройство* с постоянной моделью отрицательного поведения, не связанное с ожиданием или возникновением отделения от объектов привязанности;

² Греч. *agora* – площадь, *phobos* – страх.

- *острое горе* с погружением в переживания, связанные с покойным или обстоятельствами его смерти;
- *посттравматическое стрессовое расстройство* с избеганием воспоминаний, связанных с потрясением;
- *депрессивное расстройство* с нежеланием покидать дом из-за низкой мотивации к взаимодействию с внешним миром;
- *психотическое расстройство* с бредовыми идеями или галлюцинациями, связанными с разделением;
- *зависимое расстройство личности* с неизбирательной тенденцией полагаться на других;
- *пограничное расстройство личности* со страхом одиночества из-за проблем с идентичностью, самостоятельностью, межличностным функционированием и импульсивностью.

Тревожное расстройство личности (ТРЛ) часто развивается после стресса, особенно потери (например, болезни, смерти родственника или домашнего животного), смены школы, развода родителей, переезда в новый район или иммиграции; катастрофы, которая включала периоды отделения от объектов привязанности.

Проявления расстройства изменяются с возрастом. Младшие подростки часто беспокоятся о конкретных опасностях (например, несчастных случаях, похищениях людей, грабежах, смерти) или смутных опасениях относительно того, что они не воссоединятся с объектами привязанности.

У старших подростков примеры жизненного стресса включают переезд, уход из родительского дома, вступление в романтические отношения. Некоторые из них чувствуют непереносимую тоску и дискомфорт, когда находятся вдали от дома. Они могут также испытывать значительные нарушения в социальных ситуациях из-за необходимости постоянно проверять местонахождение значимого человека.

В случае разлуки с основными объектами привязанности подростки могут проявлять гнев или иногда агрессию по отношению к тому, кто принуждает их к разлуке. ТРЛ может привести к отказу посещать школу, что, в свою очередь, может привести к трудностям в учебе и социальной изоляции.

Подростки, страдающие тревожным расстройством разлуки, нередко ограничивают самостоятельную деятельность вне дома или без объекта привязанности (например, младшие подростки не посещают лагерь, испытывают трудности со сном в одиночку; старшие подростки не покидают надолго родительский дом, не путешествуют, не поступают в вуз).

Подростки с ТРЛ могут быть описаны как требовательные, навязчивые и нуждающиеся в постоянном внимании, а с возрастом они могут стать слишком привязчивыми и зависимыми. Чрезмерные требования пациента часто становятся источником разочарования для членов семьи, что приводит к недовольству и конфликтам. Тревога разлуки часто сочетается у подростков с генерализованным тревожным расстройством и специфической фобией.

В основе расстройства лежит острая привязанность к матери, которая тоже отличается тревожностью и не позволяет ребенку быть самостоятельным. Она часто испытывает чувство вины, запрещает себе и мужу критиковать ребенка и излишне опекает его. При угрозе разлуки у ребенка может развиваться паническая атака, наблюдаются соматические симптомы. У подростка формируется патологическая подчиняемость, нестойкость к лишениям и стремление к совершенству.

Ребенок растет пугливым, в 5–8 лет он боится расставаться с опекающими лицами, любимыми игрушками и знакомыми местами, испытывает в связи с этим трудности при посещении детского сада и школы. В 9–12 лет ему трудно сосредоточиться из-за вялости и подавленности. В 13–16 лет уже наблюдаются соматические симптомы.

Школьная фобия представляет собой особую форму ТРЛ, которая проявляется уклонением от посещений школы, обычно под предлогом различных соматических жалоб перед необходимостью идти в школу. Подростку с несформированными навыками общения со сверстниками трудно выслушать ответ одноклассника, продолжить пересказ, начатый другим, адекватно отреагировать на успех или неудачу одноклассника.

Низкая самооценка может стать причиной неуспеваемости подростка. Она порождает страх неудачи вплоть до отказа от попытки что-либо делать: отвечать у доски, писать контрольные работы и т. д. Подросток скорее готов прослыть недисциплинированным, чем неуспешным в учебе, поэтому забывает дома дневники, учебники, тетради и т. д., может стать хулиганом.

После отрицательных результатов соматического обследования родители обычно пытаются отправить ребенка в школу насильно, при этом у него могут развиваться панические состояния и психосоматические нарушения. За этим могут последовать и серьезные конфликты с родителями – обычно с матерью, которую подросток не отпускает от себя, боясь оставаться дома в одиночестве. У него постепенно нарастает социальная изоляция, за чем следует отставание в учебе. Он боится, что по возвращении в школу столкнется с насмешками товарищей, которые будут считать его прогульщиком и лентяем или больным. Таким образом возникает порочный круг.

Самоучка: школьник, родители которого не делают за него уроки.

Избирательный мутизм (ИМ)

Избирательный мутизм (лат. *mutus* – молчание) характеризуется неспособностью излагать мысли в определенных социальных ситуациях, так, подросток может демонстрировать адекватную языковую компетентность в одних обстоятельствах, как правило, дома, но постоянно не может говорить в других, как правило, в школе. Это может длиться не менее одного месяца – не ограничивается первым месяцем обучения в школе и имеет достаточную серьезность, чтобы помешать успехам в учебе или публичному общению.

Нарушение нельзя объяснить другими психическими расстройствами, такими как:

- *социальное тревожное расстройство* с опасением негативной оценки в любых публичных ситуациях, а не только в ответ на просьбы заговорить в пугающих ситуациях;
- *расстройство развития речи и языка, расстройство интеллектуального развития, расстройство аутистического спектра и психотические расстройства*, при которых неспособность говорить не связана с конкретной социальной ситуацией.

Клиника и течение

Подростки с избирательным мутизмом могут говорить в своем доме в присутствии ближайших членов семьи, но часто умолкают даже с близкими друзьями или родственниками второй степени, такими как бабушки и дедушки или двоюродные братья и сестры.

Отсутствие речи может мешать социальной коммуникации, хотя пациенты иногда используют бессознательные или невербальные средства для общения (например, нечленораздельные звуки, жестикуляцию, письмо) и могут быть готовы или стремятся выступать или участвовать в социальных встречах, когда речь не требуется (например, невербальные эпизоды в школьных спектаклях).

Социальная тревога, отстранение или избегание при ИМ могут быть связаны с характерологическими факторами, такими как поведенческая заторможенность и негативная аффективность. Социальная тревожность у родителей может служить моделью поведения детей. Кроме того, родители таких детей описываются как чрезмерно опекающие или более контролирующие, чем родители детей с другими тревожными расстройствами или без них.

Возникновение ИМ обычно происходит в возрасте до 5 лет, но нарушение может не доходить до клинических проявлений до поступления в школу, где наблюдается увеличение социального взаимодействия и выполнение таких заданий, как чтение вслух. В некоторых случаях ИМ может служить компенсационной стратегией уменьшения тревожного волнения в социальных ситуациях.

Когда дети с ИМ становятся старше, социальная изоляция у них может усилиться. Школьники могут испытывать трудности, так как часто они не общаются с преподавателями относительно своих учебных или личных потребностей (например, когда не вполне понимают задание или хотят в туалет).

Школьники с ИМ часто отказываются говорить в классе, что приводит к образовательным нарушениям, так как учителям часто трудно оценивать такие навыки, как чтение. Такие дети редко иницируют или поддерживают взаимоотношения со сверстниками. Нарушения в учебном и социальном функционировании усугубляются поддразниваниями со стороны сверстников.

У подростков с ИМ наблюдается оппозиционное поведение, которое может быть ограничено ситуациями, требующими речи. У некоторых из них также могут появиться коммуникативные задержки или нарушения. Наиболее распространенными сопутствующими заболеваниями

ниями являются такие тревожные расстройства, как социальное тревожное расстройство, за которым следует тревожное расстройство разлуки и специфическая фобия.

Психогенное заикание – нарушение течения речи, которое особенно сильно проявляется при общении. Постоянно наблюдаются частые повторы или затягивания звуков, слогов или слов, произвольные паузы при разговоре, дезорганизуящие речь. Хроническое заикание сопровождается разнообразными тиками.

Психогенное заикание обычно начинается после испуга, а под влиянием реакции окружающих дополнительно развивается страх публичной речи, который замыкает порочный круг. На анальном уровне говорение означает произнесение «грязных» слов и агрессивное действие против слушателя. Выпалить эти слова или проглотить их – аналогично запретной детской игре с фекалиями.

Заикание блокирует опасные тенденции и символически наказывает за них. Оно проявляется в присутствии авторитетных фигур, на которые переносятся противоречивые чувства к родителям. Расстройство укрепляется вторичной выгодой, получаемой от заикания: письменные ответы на уроках, освобождение от устных экзаменов, потакание капризам дома и т. п.

На первом свидании.

Девушка – парню:

– Что еще ты можешь о себе рассказать?

Парень, заикаясь от волнения:

– Я бла-благородный.

Дмитрий Семенихин

Социальное тревожное расстройство (СТР)

СТР характеризуется выраженным страхом и тревогой, возникающими в одной или нескольких ситуациях, таких как социальные взаимодействия (например, разговор с незнакомыми людьми), выполнение чего-либо во время ощущения наблюдения (например, еда или питье в присутствии других) или публичное выступление.

Подросток обеспокоен тем, что он будет проявлять симптомы тревоги, которые будут унижительными или постыдными и приведут к отвержению или оскорблению окружающими. У младших подростков страх или беспокойство могут выражаться в виде плача, истерик, замирания, стеснительности или неспособности говорить. Тревога возникает и в среде сверстников, а не только во время взаимодействия со взрослыми.

Соответствующие ситуации постоянно избегаются или переносятся с сильным страхом или тревогой. Симптомы сохраняются в течение по крайней мере нескольких месяцев и являются достаточно серьезными, чтобы привести к дистрессу или значительным нарушениям в личных, семейных, социальных, профессиональных или других сферах жизни.

Страх, беспокойство или избегание не связаны с физиологическим воздействием химического вещества (например, наркотика или лекарства). А если присутствует другое заболевание (например, ожирение, обезображивание от ожога или травмы), то эмоции явно не связаны с ним или чрезмерны.

Нарушение нельзя объяснить другими расстройствами, такими как:

- *расстройство аутистического спектра* с изоляцией и отсутствием интереса к социальным контактам;
- *избирательный мутизм* с неспособностью говорить в определенных ситуациях, но не с избеганием многочисленных публичных ситуаций;
- *специфическая фобия* со страхами, касающимися определенных стимулов или ситуаций (высоты, животных, крови, ран), но не социального контекста;
- *паническое расстройство* с повторяющимися неожиданными, самостоятельно заканчивающимися паническими атаками, которые возникают во многих ситуациях;
- *агорафобия* с беспокойством о том, что в случае невозможности покинуть территорию или получить помощь обязательно возникнут симптомы, ставящие в неудобное положение (например, панический приступ или понос в публичном месте);
- *генерализованное тревожное расстройство* с опасением негативных последствий множества событий повседневной жизни;
- *дисморфическое расстройство* с обеспокоенностью мнимым дефектом внешности, но не тем, как окружающие отнесутся к его поведению в публичных ситуациях;
- *обсессивно-компульсивное расстройство* с навязчивыми тревожными ожиданиями (общаться с авторитетным лицом, произнести публичную речь, принимать пищу в присутствии посторонних, помочиться в общественном туалете и т. п.), но со способностью все же выполнить определенную функцию;
- *депрессивное расстройство* с избеганием публичных ситуаций из-за представления о собственной социальной неадекватности, отвержении или неудачах, возникающих только во время депрессивного эпизода;
- *соматическое заболевание* (например, детский церебральный паралич) с избеганием публичных ситуаций из-за опасений, что окружающие негативно отнесутся к их симптомам – необычным движениям.

Клиника и течение

Пациент с СТР обеспокоен тем, что его будут воспринимать как слабого, скучного, нечестного или неприятного, озабоченного, глупого, сумасшедшего, опасного. Он боится, что будет действовать или выглядеть неприемлемым образом или проявлять такие симптомы беспокойства, как покраснение, дрожь, потливость или запинки, которые окружающие оценят негативно.

В некоторых случаях на первый план в клинической картине выступает аффект стыда, не соответствующий реальности, но определяющий поведение (избегание общения, контактов с людьми). С боязнью показаться смешным или опозориться могут быть связаны представления о неприязненной оценке людьми мнимого изъяна, приписываемого себе больным, и соответствующие интерпретации поведения окружающих (пренебрежительные улыбки, насмешки и т. д.).

Подросток, склонный испытывать чувство малоценности и стыда, боится стать мишенью для насмешек, без реальных оснований чувствует себя на людях униженным и сконфуженным. В незнакомой обстановке или вынужденных социальных ситуациях у него возникает страх покраснения и боязнь людей, он говорит шепотом или молчит, пытается прятаться или уходит. Расстройство в первую очередь проявляется в сфере активного отдыха и спорта.

Избегание может быть простым (например, отказ ходить в школу или на вечеринки) или сложным (например, переписывание текста речи, отвлечение внимания других, ограничение зрительного контакта). Степень и тип страха и тревоги в разных случаях могут различаться. Например, упреждающее беспокойство может возникать заранее перед предстоящими ситуациями – подросток волнуется каждый день в течение нескольких недель перед участием в социальном мероприятии, повторяя речь задолго до события.

Подростки с СТР могут быть неадекватно напористыми или пассивными или, реже, сильно контролировать разговор. Они могут демонстрировать строгую осанку или недостаточный зрительный контакт или говорить слишком мягким голосом. Такие подростки проявляют застенчивость, они могут быть сдержанными в разговорах и мало говорить о себе.

Средний возраст начала СТР составляет 13 лет и чаще встречается у девочек; их родители обычно также отличаются повышенной тревожностью. Старшие подростки демонстрируют более широкий спектр страха и избегания, включая ситуацию знакомства. СТР препятствует проведению досуга и может приводить к одиночеству.

Социальное тревожное расстройство зачастую сопровождается другими психическими нарушениями. Социофобия с изолированными сенситивными идеями собственной малоценности может наблюдаться в рамках тревожной депрессии. Сочетание социальных фобий с сенситивными идеями отношения наблюдается при расстройствах шизофренического спектра. Такие пациенты подвергаются риску возникновения зависимости от психоактивных веществ, которая может усилиться в результате их употребления с целью подавления тревоги в публичных ситуациях.

Из чего твой панцирь, черепаха? —

Я спросил и услышал в ответ:

Он из мной накопленного страха,

Ничего прочнее в мире нет.

Халиф

Паническое расстройство

Диагностические критерии

А. Периодические неожиданные панические атаки (ПА). Это внезапные приступы интенсивного страха или интенсивный дискомфорт, возникающий в спокойном или тревожном состоянии и достигающий пика в течение нескольких минут, вследствие чего возникают четыре и более симптомов:

- 1) сильное или ускоренное сердцебиение;
- 2) потоотделение;
- 3) тремор или дрожание;
- 4) одышка;
- 5) чувство удушья;
- 6) боль или дискомфорт в груди;
- 7) тошнота или неприятные ощущения в животе;
- 8) головокружение, ощущение неустойчивости, пустоты в голове или слабости;
- 9) озноб или ощущение жара;
- 10) онемение или покалывание в конечностях;
- 11) дереализация (чувство нереальности) или деперсонализация (отстраненность от себя);
- 12) страх потерять самоконтроль или сойти с ума;
- 13) страх смерти.

В. Панические атаки могут сопровождаться следующими признаками или одним из них:

- 1) озабоченность, тревожное ожидание новых приступов паники или их последствий (например, сердечного приступа, утраты самоконтроля);
- 2) неадекватное изменение поведения, связанное с атаками (например, предотвращение панических атак путем отказа от упражнений или незнакомых ситуаций).

С. Симптомы сохраняются в течение нескольких месяцев и являются достаточно серьезными, чтобы привести к дистрессу или нарушениям в личных, социальных, профессиональных или других сферах жизни.

Д. Нарушение нельзя объяснить другими расстройствами, такими как:

- *тревожное расстройство разлуки* с приступами паники, возникающими в ответ на отделение от объекта привязанности;
- *специфическая фобия* с приступами паники, возникающими в ответ на определенные фобические объекты или ситуации;
- *социальное тревожное расстройство* с приступами паники, возникающими в ответ на фобические социальные ситуации;
- *агорафобия* с тревожным предчувствием, что симптомы появятся в различных ситуациях, с активным избеганием таких ситуаций или же требованием присутствия сопровождающего лица;
- *посттравматическое стрессовое расстройство* с приступами паники, возникающими в ответ на напоминания о травматических событиях;
- *обсессивно-компульсивное расстройство* с приступами паники, возникающими в ответ на навязчивые идеи;

- *ипохондрия* с настороженным наблюдением за телесными симптомами и дальнейшим неправильным их толкованием;
- *диссоциативное расстройство*³ с ощущением «кома в горле», потерей речи и голоса, онемением, судорогами или слабостью в конечностях, нарушением остроты зрения или слуха, возникающими только на публике на фоне обиды, а не страха;
- *шизофрения* с преобладанием явлений деперсонализации-дереализации и страха потерять свое «я», сойти с ума;
- прямое физиологическое следствие *химического вещества* (например, кофеина, препаратов конопли, кокаина, амфетамина, алкоголя, снотворных);
- *соматическое заболевание* (например, гипертиреоз, вестибулярные дисфункции, судорожные расстройства, астма, сердечная аритмия и тахикардия).

Клиника и течение

Неожиданной называют ПА, которая возникает, когда человек, например, расслаблен или спит. Напротив, **ожидаемые** ПА – это атаки, для которых есть очевидный пусковой момент.

Неадекватные изменения в поведении представляют собой попытки свести к минимуму или избежать ПА или их последствий. Примеры включают в себя избегание физических нагрузок, гарантию, что помощь в случае ПА будет предоставлена, ограничение обычной повседневной деятельности и избегание таких ситуаций, как выход без сопровождающего из дома, использование общественного транспорта или посещение общественных мест.

Многие пациенты испытывают постоянное или периодическое чувство беспокойства за свое соматическое и психическое здоровье. Они могут ожидать катастрофического исхода от побочного эффекта лекарств или незначительного соматического симптома (например, считая себя сердечным больным или объясняя головную боль наличием опухоли головного мозга).

Наиболее характерны эмоционально окрашенные фобии (страх смерти, опасной болезни, падения, неловкой ситуации). Возможны дисфорические проявления (раздражительность, обида, агрессия), а также депрессивные переживания с тоской, подавленностью, безысходностью, жалостью к себе.

У пациентов могут возникать экстремальные формы поведения, направленные на борьбу с ПА (например, строгие ограничения приема пищи или отказ от определенных продуктов или лекарств).

Существует повышенный риск развития панической атаки у детей, чьи родители страдают биполярным расстройством, депрессией или тревогой. Нейротизм, то есть склонность испытывать негативные эмоции и полагать, что симптомы тревоги опасны, является фактором риска для начала ПА, как и курение, астма и другие нарушения дыхания.

В механизме развития ПА наблюдается порочный круг: чем интенсивнее тревога, тем более выражена соматическая симптоматика, которая еще больше стимулирует тревогу. Симптомы внутренней тревоги осознаются с трудом, так как выступают как понятная реакция на непереносимые соматические страдания (боль, удушье).

Большинство пациентов сообщают о стрессе за месяцы до первой ПА (например, отрицательный опыт употребления лекарств, болезни или смерти в семье). При паническом расстройстве чаще, чем при других тревожных расстройствах, встречаются сообщения о детском опыте физического и сексуального насилия.

³ Лат. *dissocio* – разделять; с разъединением сознательных и бессознательных процессов связано диссоциативное расстройство.

Частота ПА колеблется от ежедневных до одного раза в несколько месяцев, однако обычно возникает 2–4 приступа в неделю. Если расстройство не лечить, оно становится хроническим, но волнообразным. Некоторые пациенты могут иметь эпизодические ПА с годами ремиссии между ними, а другие могут иметь непрерывную выраженную симптоматику.

В промежутках между приступами часто наблюдается стертая тревожная симптоматика – «тревога ожидания» со слабовыраженными соматовегетативными проявлениями. Течение панического расстройства обычно осложняется рядом других психических нарушений, например, агорафобией, депрессией или расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ.

*Страус вовсе не прячет голову в песок – он показывает нам задницу.
Мечислав Шарган*

Агорафобия

Диагностические критерии

А. Чрезмерный страх или тревога по поводу двух или более ситуаций:

- 1) использование общественного транспорта;
- 2) нахождение на открытых пространствах;
- 3) пребывание в закрытых местах;
- 4) стояние в очереди или попадание в толпу;
- 5) выход из дома без сопровождающего.

В. Подросток боится или избегает таких ситуаций из-за мысли, что выход может быть затруднен или помощь будет недоступна в случае развития панических или других симптомов, связанных с чувством беспомощности (например, страхом потеряться в толпе).

С. Агорафобические ситуации всегда вызывают беспокойство. Таким образом, подростку, который тревожится, например, только когда стоит в очереди, агорафобия не будет диагностирована.

Д. Ситуации активно избегаются, допускаются только при определенных обстоятельствах, например, в присутствии надежного спутника.

Е. Страх, беспокойство или избегание постоянны, как правило, длятся 6 месяцев и более.

Ф. Симптомы сохраняются в течение по крайней мере нескольких месяцев и являются достаточно серьезными, чтобы привести к дистрессу или нарушениям в личных, социальных, профессиональных или других сферах жизни.

Г. Нарушение нельзя объяснить другими расстройствами, такими как:

- *паническое расстройство* с избеганием лишь одной агорафобической ситуации;
- *тревожное расстройство разлуки* со страхом отрыва от объектов привязанности, а не паники, смущения или недееспособности в опасных ситуациях;
- *ситуационная специфическая фобия* с избеганием, ограниченным одной из агорафобических ситуаций, например, страхом перед полетами;
- *социальное тревожное расстройство* со страхом негативной оценки исключительно в социальных ситуациях;
- *расстройства, непосредственно связанные со стрессом*, со страхом, беспокойством или избеганием, связанным с напоминанием о травматических событиях;
- *обсессивно-компульсивное расстройство* со страхом, беспокойством или избеганием, связанным исключительно с навязчивыми идеями;
- *дисморфическое расстройство* со страхом, беспокойством или избеганием, связанным исключительно с воображаемыми дефектами или изъянами внешности;
- *депрессивное расстройство* с избеганием ухода из дома из-за низкой самооценки, апатии, потери энергии и способности испытывать удовольствие;
- *соматическая болезнь* (например, обмороки у больного с периодическими сердечными приступами или понос у человека с колитом).

Клиника и течение. С агорафобией связаны негативная аффективность и опасение, что симптомы тревоги вредны. У младших подростков с агорафобией преобладает страх пребывания за пределами дома, где они испытывают чувство дезориентации и потерянности, у старших подростков – страх появления панических симптомов, рвоты и расстройства кишечника.

С началом агорафобии нередко связаны травмирующие события в детстве (например, разлука, смерть родителей) и другие стрессовые события, такие как нападение или ограбление. Течение агорафобии обычно длительное и хроническое. Долгосрочный прогноз и исход агорафобии связаны с повышенным риском депрессивного расстройства и расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ.

Счастливая старость, это когда вы вместе много, много лет. И когда переходишь улицу вдвоем, он берет тебя за руку, чтобы помочь тебе перейти ее.

Генерализованное тревожное расстройство (ГТР)

Диагностические критерии

А. Чрезмерная тревожность, длящаяся в течение нескольких месяцев и наблюдающаяся в ряде событий или ситуаций, связанных с семьей, здоровьем, учебным процессом.

В. Человеку трудно контролировать свое эмоциональное состояние.

С. Беспокойство связано с тремя или более симптомами (для детей требуется только один признак):

- 1) нервозность или чувство взвинченности;
- 2) повышенная утомляемость;
- 3) трудности с концентрацией внимания или «пустота» в голове;
- 4) раздражительность;
- 5) мышечное напряжение или двигательное беспокойство;
- 6) нарушение сна.

Д. Соматические симптомы вызывают значительный стресс или нарушение в личной, социальной или других сферах жизни.

Е. Нарушение нельзя объяснить другими расстройствами, такими как:

- *паническое расстройство* с тревогой или беспокойством по поводу панических атак;
- *социальное тревожное расстройство* с опасениями отрицательной оценки другими;
- *обсессивно-компульсивное расстройство* со страхом заражения или другими навязчивыми идеями;
- *тревожное расстройство разлуки* со страхом отделения от объекта привязанности;
- *расстройство адаптации* с тревогой, возникшей в ответ на стресс, которая не сохраняется более 6 месяцев после прекращения воздействия стрессора;
- *посттравматическое стрессовое расстройство* со страхом напоминания о травматических событиях;
- *нервная анорексия* с опасением прибавления веса;
- *дисморфическое расстройство* с соматическими жалобами;
- *ипохондрическое расстройство* с опасениями наличия серьезной болезни;
- *бредовое расстройство или шизофрения* с нелепыми убеждениями;
- *соматическая болезнь* (например, гипертиреоз);
- *воздействие химического вещества или лекарственного средства*.

Клиника и течение

У подростков с ГТР преимущественно наблюдаются следующие симптомы:

- боязливое ожидание, связанное с несколькими событиями и занятиями (например, выполнение школьных заданий);
- трудности контролировать эти опасения;
- беспокойство, чувство внутреннего напряжения, нервозности в сочетании с трудностью расслабиться;

- чувство усталости, истощения вследствие опасений;
- трудность сосредоточения или чувство пустоты в голове;
- раздражительность;
- разного рода нарушения сна в связи с опасениями;
- мышечное напряжение.

В связи с мышечным напряжением у пациентов с ГТР могут проявляться суетливость и неусидчивость, дрожание и подергивание, шаткая походка, головная боль, напряжения, боль в спине и повышенная чувствительность. Они также испытывают головокружение, учащенное сердцебиение и одышку, потливость и сухость слизистых, тошноту и понос.

У школьников тревога и беспокойство часто влияют на качество их работы или компетентность в школе или в спорте, даже когда их работа не оценивается другими. Могут быть чрезмерные опасения относительно пунктуальности. Они могут также беспокоиться по поводу катастрофических событий, таких как землетрясения или ядерная война. Старшие подростки выражают большую обеспокоенность по поводу собственного физического здоровья или благополучия семьи.

Подростки с ГТР могут быть чрезмерно послушными, перфекционистскими и неуверенными в себе, склонными неоднократно исправлять работу из-за неудовлетворенности ее качеством. Они, как правило, усердны в поисках заверения и одобрения. Ведут себя в обществе напряженно, робко, склонны к самоуничтожению и в то же время не по годам серьезны. Их ранит критика, они стремятся к совершенству и гордятся своим послушанием. Поводом для тревоги служат прежде всего ситуации возможной оценки их деятельности, социальная компетентность и соответствие ожиданиям окружающих.

ГТР приводит к значительному снижению трудоспособности: связанные с этим симптомы мышечного напряжения и чувство взвинченности или кризиса, повышенная утомляемость, трудности с концентрацией внимания и нарушенный сон способствуют ухудшению состояния. Чрезмерное беспокойство ухудшает способность пациента делать что-либо быстро и эффективно, будь то дома или в школе.

Расстройство чаще встречается в небольших, хорошо обеспеченных городских семьях. Родители ребенка обычно отличаются повышенной тревожностью, озабоченностью социальным успехом и завышенными ожиданиями, предъявляемыми детям. В воспитании преобладают гиперопека, ограничивающий контроль, критика. У детей отмечается повышенная внушаемость к влиянию родственников.

Симптомы могут возникать в начале жизни и затем проявляются в виде тревожного характера, затем фокус беспокойства может переместиться от одного объекта к другому. Со временем обычно развиваются тревожные, аффективные и соматоформные расстройства.

Самые трусливые, неспособные к сопротивлению люди становятся неумолимыми там, где они могут проявить абсолютный родительский авторитет.

Карл Маркс

Кошмары

Кошмары характеризуется повторяющимися, яркими и дисфорическими сновидениями, часто представляющими угрозу для человека, которые обычно возникают во время быстрого сна и часто приводят к пробуждению. Человек быстро ориентируется и бодрствует после пробуждения.

Кошмарные сновидения встречаются в возрастные периоды 3–7 лет и 10–12 лет, их содержание соответствует особенностям развития ребенка, уровню его дневных переживаний, при этом часто они носят символический характер. Такие сновидения также отражают характерные симптомы соматического заболевания: например, сцены удушения при заложенности верхних дыхательных путей вследствие респираторной инфекции или при бронхиальной астме, пожар при заболевании желчного пузыря и/или печени.

В отличие от ночных ужасов, кошмарные сновидения отмечаются при неподвижности во сне, они более типичны для второй половины сна, возникают во время фазы сновидений. Пробуждение без выраженной тревоги, вегетативные проявления незначительные. Сохраняется живое и детальное воспоминание о кошмарных сновидениях, содержащих по большей части угрозу собственной жизни, безопасности или чувству собственной ценности. После эпизода быстро устанавливаются бодрствующее состояние и все виды ориентировки.

Основные причины кошмаров у подростков

1. Затруднения эмоционального контакта с матерью, травмирующая разлука, замена матери другими взрослыми – снится далекое, незнакомое, страшное, из которого трудно вернуться.
2. Эмоциональная глухота взрослых, неспособность своевременно прийти на помощь воспроизводятся во сне растерянностью, паникой, торжеством насилия и зла.
3. Эмоциональное неприятие подростка, отсутствие любви проявляются в обилии страшных персонажей, с которыми он так или иначе должен взаимодействовать во сне.
4. Небезосновательные угрозы, физические наказания, жестокость в обращении с эмоционально чувствительными и впечатлительными подростками отражаются в погоне, преследованиях, бессилии перед опасностью.
5. Чрезмерные требовательность и принципиальность взрослых, не учитывающих личностные особенности подростка, воспроизводятся в пугающих превращениях в снах как показателей страха несоответствия или изменения своего «я».
6. Неискренность взрослых звучит в снах вероломством, коварством, непредсказуемостью поведения страшных персонажей.
7. Отсутствие позитивных перемен в жизни семьи, хронические, безнадежные конфликты, необратимая утрата родителей (отъезд, развод, смерть) откликаются во снах депрессивным мироощущением, когда ничего не получается, не завершается, скорее – проваливается или продолжается с тупиковым результатом (сизифов труд), равно как и чувством безнадежности, безысходности, обреченности.

Мы получаем именно те кошмары, которых заслуживаем.
Дэвид Митчелл

Тесты

Шкала самооценки тревоги Шихана, SPRAS

Шкала самооценки тревоги Д. В. Шихана (Sheehan Patient-Rated Anxiety Scale) используется с целью определения уровня клинически значимой тревоги.

Инструкция. Определи, насколько тебя беспокоили в течение последней недели указанные ниже симптомы. Используй варианты ответов: 1 – нет, 2 – немного, 3 – умеренно, 4 – довольно сильно, 5 – крайне сильно.

Текст опросника

1. Затруднение на вдохе, нехватка воздуха или учащенное дыхание.
2. Ощущение удушья или комка в горле.
3. Сердце скачет, колотится, готово выскочить из груди.
4. Боль в груди, неприятное чувство сдавливания в груди.
5. Сильная потливость («пот градом»).
6. Слабость, приступы дурноты, головокружения.
7. «Ватные», «не свои» ноги.
8. Ощущение неустойчивости или потери равновесия.
9. Тошнота или неприятные ощущения в животе.
10. Ощущение того, что все окружающее становится странным, нереальным, туманным или отстраненным.
11. Ощущение, что все плывет – «нахожусь вне тела».
12. Покалывание или онемение в разных частях тела.
13. Приливы жара или озноб.
14. Дрожь (тремор).
15. Страх смерти или того, что сейчас может произойти что-то ужасное.
16. Страх сойти с ума или потери самообладания.
17. Внезапные приступы тревоги, сопровождающиеся тремя или более из вышеперечисленных признаков, возникающие непосредственно перед и при попадании в ситуацию, которая, по твоему опыту, может вызвать приступ.
18. Внезапные неожиданные приступы тревоги, сопровождающиеся тремя или более из вышеперечисленных признаков, возникающие по незначительным поводам или без повода (то есть когда ты не находишься в ситуации, которая, по твоему опыту, может вызвать приступ).
19. Внезапные неожиданные приступы, сопровождающиеся только одним или двумя из вышеперечисленных признаков, возникающие по незначительным поводам или без повода (то есть когда ты не находишься в ситуации, которая, по твоему опыту, может вызвать приступ).
20. Периоды тревоги, нарастающей по мере того, как ты готовишься сделать что-то, что, по твоему опыту, может вызвать тревогу, причем более сильную, чем ту, что в таких ситуациях испытывает большинство людей.
21. Избегание пугающих тебя ситуаций.
22. Состояние зависимости от других людей.
23. Напряженность и неспособность расслабиться.
24. Тревога, нервозность, беспокойство.
25. Приступы повышенной чувствительности к звуку, свету и прикосновению.
26. Приступы поноса.
27. Чрезмерное беспокойство о собственном здоровье.

28. Ощущение усталости, слабости и повышенной истощаемости.
29. Головные боли или боли в шее.
30. Трудности засыпания.
31. Пробуждения среди ночи или беспокойный сон.
32. Неожиданные периоды депрессии, возникающие по незначительным поводам или без повода.
33. Перепады настроения и эмоций, которые в основном зависят от того, что происходит вокруг тебя.
34. Повторяющиеся и неотступные представления, мысли, импульсы или образы, которые тебе кажутся тягостными, противными, бессмысленными или отталкивающими.
35. Повторение одного и того же действия как ритуала, например, перепроверки, перемывание и пересчет при отсутствии в этом необходимости.

Обработка данных. Каждому ответу присуждается определенное количество баллов: ответ 1 = 0 баллов, ответ 2 = 1 балл, ответ 3 = 2 балла, ответ 4 = 3 балла, ответ 5 = 4 балла. Затем подсчитывается сумма баллов.

Интерпретация результатов. Минимальный уровень тревоги при оценке по данной шкале составляет 0 баллов, максимальный – 140 баллов. Чем больше уровень тревоги (до 20 баллов), тем более необходима консультация психиатра (психотерапевта). Показанием для направления к психиатру (психотерапевту) являются также ответы «довольно сильно» или «крайне сильно» на 2 и более вопросов из первых 16.

Уровень тревоги выше 30 баллов обычно уже считают клинически значимым, а выше 80 – очень высоким и требующим срочной помощи специалиста. Средний уровень при паническом расстройстве составляет 57 баллов.

Опросник тревожности, TMAS

Методика представляет собой вариант методики Н. В. Имедадзе, 1966, разработанной на базе шкалы личностной тревожности Тейлора – Норакидзе (Taylor Manifest Anxiety Scale) и адаптированной С. М. Зелинским и В. Е. Каганом, 1991, для исследования тревожности у 10–15-летних подростков.

Инструкция. Обведи кружком номер утверждения, с которым ты согласен.

Текст опросника

1. Перед тем как пойти к зубному врачу, представляю себе, что мне будет больно.
2. Мне неприятно оставаться одному в темноте.
3. Пугаюсь грозы и молнии.
4. Обычно легко выхожу из равновесия.
5. Никогда в жизни ничего не пугался.
6. Боюсь змей.
7. Часто снится такое, что просыпаюсь от страха.
8. Отвечая перед классом, испытываю большую неловкость (неприятное чувство).
9. Идя к врачу, волнуюсь, что он мне скажет.
10. Мне никогда не представляется, что с кем-нибудь из близких случится несчастье.
11. Волнуюсь, когда не знаю, по какой причине меня вызывает директор.
12. Пугаюсь, увидев мертвое животное.
13. Не люблю оставаться один на открытом пространстве.
14. С трудом осваиваюсь в новом месте или новом коллективе.

15. Никогда не беспокоюсь о будущем.
16. Допустив ошибку, долго вспоминаю об этом.
17. Часто мешают тревожные мысли во время занятий.
18. Часто приходит в голову мысль, что могу заболеть или получить травму.
19. Считаю себя более нервным, чем большинство людей.
20. Меня не беспокоит, что думают обо мне другие.
21. Не могу долго сосредотачиваться на одном предмете.
22. Беспокоюсь о своей учебе.
23. Часто замечаю, что у меня дрожат руки, когда я очень стараюсь что-нибудь сделать.
24. Чаше, чем другие, краснею от смущения.
25. Я никогда не видел страшных сновидений.
26. Я часто боюсь, что начинаю краснеть.
27. У меня легко появляется испарина, даже в прохладные дни.
28. Смущаюсь, покрываясь испариной, что мне очень неприятно.
29. У меня бывают периоды, когда я теряю сон из-за волнения.
30. Я всегда говорю только правду.
31. Я редко бываю в хорошем настроении.
32. Почти всегда тревожусь о ком-нибудь или о чем-нибудь.
33. Всегда волнуюсь перед встречей с приятным и интересным для меня человеком.
34. Я чаще, чем другие, стараюсь разобраться в своих переживаниях.
35. Иногда я чувствую, что трудностей стало так много, что я не смогу их преодолеть.
36. Иногда я беспокоюсь по пустякам.
37. Иногда я боюсь вещей и людей, которые на самом деле не могут мне навредить.
38. Мне недостает уверенности в себе.
39. Я не люблю сталкиваться с трудностями и принимать важные решения.
40. Иногда я чувствую себя бесполезным человеком.

Обработка и анализ результатов

В опросник включена шкала лжи (утверждения 5, 10, 15, 20, 25, 30). Если выбирается более трех из этих утверждений, к оценке результата надо подходить с осторожностью.

Остальные утверждения образуют шкалу тревожности, показатель которой равен числу выбранных утверждений – от 0 до 34.

Умеренные показатели в шкале не всегда являются признаком истинно низкой тревожности, а выражением вытеснения тревоги у высокотревожных испытуемых. Эти данные требуют дополнительной верификации.

Нормальные показатели тревожности в разном возрасте

Параметры	Возраст			
	10–11 лет	12–12,5 года	13–13,5 года	14–14,5 года
Мальчики	4–13	4–16	5–14	3–11
Девочки	3–10	5–12	8–19	5–15

Тест школьной тревожности Филлипса

Опросник школьной тревожности Бимана Филлипса⁴ относится к стандартизированным психодиагностическим методикам и, кроме оценки общего уровня школьной тревожности, позволяет оценить качественное своеобразие переживания тревожности, связанной с различными областями школьной жизни. Опросник предназначен для работы с учащимися 3–7-х классов средней школы.

Инструкция. Сейчас тебе будет предложен тест, который состоит из вопросов о том, как ты себя чувствуешь в школе. Старайся отвечать искренне, здесь нет верных или неверных, хороших или плохих ответов. Над вопросами долго не задумывайся. Отвечая на вопрос, записывай его номер и ответ «+», если ты согласен с ним, или «—» – если не согласен.

Текст опросника

1. Трудно ли тебе держаться на одном уровне со всем классом?
2. Волнуешься ли ты, когда учитель говорит, что собирается проверить, насколько ты знаешь материал?
3. Трудно ли тебе работать в классе так, как этого хочет учитель?
4. Снится ли тебе временами, что учитель в ярости от того, что ты не знаешь урок?
5. Случалось ли, что кто-нибудь из твоего класса бил или ударял тебя?
6. Часто ли тебе хочется, чтобы учитель не торопился при объяснении нового материала, пока ты не поймешь, что он говорит?
7. Сильно ли ты волнуешься при ответе или выполнении задания?
8. Бывало ли с тобой, что ты боишься высказываться на уроке, потому что боишься сделать глупую ошибку?
9. Дрожат ли у тебя колени, когда тебя вызывают отвечать?
10. Часто ли твои одноклассники смеются над тобой, когда вы играете в разные игры?
11. Получал ли ты более низкую оценку, чем ожидал?
12. Волнует ли тебя вопрос о том, не оставят ли тебя на второй год?
13. Стараешься ли ты избегать игр, в которых делается выбор, потому что тебя, как правило, не выбирают?
14. Бывает ли временами, что ты весь дрожишь, когда тебя вызывают отвечать?
15. Часто ли у тебя возникает ощущение, что никто из твоих одноклассников не хочет делать то, что хочешь ты?
16. Сильно ли ты волнуешься перед тем, как начать выполнять задание?
17. Трудно ли тебе получать такие отметки, каких ждут от тебя родители?
18. Боишься ли ты временами, что тебе станет дурно в классе?
19. Будут ли твои одноклассники смеяться над тобой, если ты сделаешь ошибку при ответе?
20. Похож ли ты на своих одноклассников?
21. Выполнив задание, беспокоишься ли ты о том, хорошо ли с ним справился?
22. Когда ты работаешь в классе, уверен ли в том, что все хорошо запомнишь?
23. Снится ли тебе иногда, что ты в школе и не можешь ответить на вопрос учителя?
24. Верно ли, что большинство ребят относится к тебе по-дружески?
25. Работаешь ли ты более усердно, если знаешь, что результаты твоей работы будут сравниваться в классе с результатами твоих одноклассников?
26. Часто ли ты мечтаешь о том, чтобы меньше волноваться, когда тебя спрашивают?

⁴ Phillips B. N. School Stress and Anxiety. New-York: Human Science Press, 1978.

27. Боишься ли ты временами вступать в спор?
28. Чувствуешь ли ты, что твое сердце начинает сильно биться, когда учитель говорит, что собирается проверить твою готовность к уроку?
29. Когда ты получаешь хорошие отметки, думает ли кто-нибудь из твоих друзей, что ты хочешь выслужиться?
30. Хорошо ли ты себя чувствуешь с теми из твоих одноклассников, к которым другие ребята относятся с особым вниманием?
31. Бывает ли, что некоторые одноклассники говорят что-то, что тебя задевает?
32. Как ты думаешь, теряют ли расположение те из учеников, которые не справляются с учебной работой?
33. Похоже ли на то, что большинство твоих одноклассников не обращают на тебя внимание?
34. Часто ли ты боишься выглядеть нелепо?
35. Доволен ли тем, как к тебе относятся учителя?
36. Помогает ли твоя мама в организации вечеров, как мамы твоих одноклассников?
37. Волновало ли тебя когда-нибудь, что думают о тебе окружающие?
38. Надеешься ли ты в будущем учиться лучше, чем раньше?
39. Считаешь ли ты, что одеваешься в школу так же хорошо, как и твои одноклассники?
40. Часто ли ты задумываешься, отвечая на уроке, что думают о тебе в это время другие?
41. Обладают ли способные ученики какими-то особыми правами, которых нет у других ребят в классе?
42. Злятся ли некоторые из твоих одноклассников, когда тебе удастся быть лучше их?
43. Доволен ли ты тем, как к тебе относятся одноклассники?
44. Хорошо ли ты себя чувствуешь, когда остаешься один на один с учителем?
45. Высмеивают ли временами твои одноклассники твою внешность и поведение?
46. Думаешь ли ты, что беспокоишься о своих школьных делах больше, чем другие ребята?
47. Если ты не можешь ответить, когда тебя спрашивают, чувствуешь ли ты, что вот-вот расплачешься?
48. Когда вечером ты лежишь в постели, беспокоишься ли о том, что будет завтра в школе?
49. Работая над трудным заданием, чувствуешь ли ты, что совершенно забыл вещи, которые хорошо знал раньше?
50. Дрожит ли слегка твоя рука, когда ты работаешь над заданием?
51. Чувствуешь ли ты, что начинаешь нервничать, когда учитель говорит, что собирается дать классу задание?
52. Пугает ли тебя проверка твоих заданий в школе?
53. Когда учитель говорит, что собирается дать классу задание, чувствуешь ли ты страх, что не справишься с ним?
54. Снилось ли тебе временами, что твои одноклассники могут сделать то, что не можешь ты?
55. Когда учитель объясняет материал, кажется ли тебе, что твои одноклассники понимают его лучше, чем ты?
56. Беспокоишься ли ты по дороге в школу, что учитель может дать классу проверочную работу?
57. Когда ты выполняешь задание, чувствуешь ли, что делаешь это плохо?
58. Дрожит ли слегка твоя рука, когда учитель просит сделать задание на доске перед всем классом?

Обработка данных. Выделяются вопросы, ответы на которые не совпадают с ключом теста. Например, на вопрос 2 испытуемый ответил «да», в то время как в ключе этому вопросу соответствует «—», то есть ответ «нет». Ответы, не совпадающие с ключом, – это проявление тревожности.

1. Общая тревожность в школе. Состояние ученика, связанное с различными формами его включения в жизнь школы: 2 —, 4 —, 7 —, 12 —, 16 —, 21 —, 23 —, 26 —, 28 —, 46 —, 47 —, 48 —, 50 —, 51 —, 52 —, 53 —, 54 —, 55 —, 56 —, 57 —, 58 —.

2. Переживание социального стресса. Эмоциональное состояние ученика, на фоне которого развиваются его социальные контакты (прежде всего со сверстниками): 5 —, 10 —, 15 —, 20 +, 24 +, 30 +, 33 —, 36 +, 39 +, 42 —, 44 +.

3. Фрустрация потребности в достижении успеха. Неблагоприятный психический фон, который не позволяет ученику развивать свои потребности в успехе и достижении высокого результата: 1 —, 3 —, 6 —, 11 +, 17 —, 19 —, 25 +, 29 —, 32 —, 35 +, 38 +, 41 +, 43 +.

4. Страх самовыражения. Негативные эмоциональные переживания ситуаций, сопряженных с необходимостью самораскрытия, предъявления себя другим, демонстрации своих возможностей: 27 —, 31 —, 34 —, 37 —, 40 —, 45 —.

5. Страх ситуации проверки знаний. Негативное отношение и переживание тревоги в ситуациях проверки (особенно публичной) знаний, достижений, возможностей: 2 —, 7 —, 12 —, 16 —, 21 —, 26 —.

6. Страх не соответствовать ожиданиям окружающих. Ориентация на значимость других в оценке своих результатов, поступков и мыслей, тревога по поводу оценок, даваемых окружающим, ожидание негативных оценок: 3 —, 8 —, 13 —, 17 —, 22 +.

7. Низкая физиологическая сопротивляемость стрессу. Особенности психофизиологической организации, снижающие приспособляемость ученика к ситуациям стрессогенного характера, которые повышают вероятность неадекватного, деструктивного реагирования на тревожный фактор среды: 9 —, 14 —, 18 —, 23 —, 28 —.

8. Проблемы и страхи в отношениях с учителями. Общий негативный эмоциональный фон отношений со взрослыми в школе, снижающий успешность обучения ученика: 2 —, 6 —, 11 +, 32 —, 35 +, 41 +, 44 +, 47—.

При дальнейшей обработке подсчитывается:

1. Общее число несовпадений по всему тесту. Если оно больше 50 %, можно говорить о повышенной тревожности школьника, если больше 75 % от общего числа вопросов теста – о высокой тревожности.

2. Число совпадений по каждой из восьми шкал. Уровень тревожности определяется так же, как в первом случае.

Что делать

Упражнения аутотренинга «Покой»

Запиши на диктофон это упражнение и расслабляйся как можно чаще, чтобы одной мысли о покое было уже достаточно для расслабления. Сядь удобнее, положи руки на колени и затем включи запись, повторяя каждую фразу.

«Я успокаиваюсь и расслабляюсь... Посторонние звуки становятся все безразличнее... Дыхание все равномернее... Приятная истома разливается по телу... Сейчас я сосредотачиваюсь на своих ступнях и ногах... Поднимаю обе ноги так, чтобы колени были полностью согнуты. Теперь вытягиваю носки по направлению к лицу. Тяну их изо всех сил, осознавая напряжение... А теперь расслабляю стопы и ноги, как будто бултыхая мокрый мешок. Теперь я испытываю ощущение расслабления в ногах и стопах. *(Через 30 секунд повтори текст этого упражнения для ног.)*

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.