

Министерство образования и науки ЛНР
Коммунальное учреждение
«Луганская специализированная школа I-III ступеней №57»

ОСОБЕННОСТИ РЕАГИРОВАНИЯ СТАРШЕКЛАССНИКОВ НА ТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС

Работу выполнила:
Роковая Ольга Евгеньевна
ученица 11 класса коммунального
учреждения «Луганская специализиро-
ванная школа I-III ступеней № 57»

Научный руководитель:
Овчинникова Ирина Вячеславовна,
магистр психологии, практический
психолог высшей категории,
психолог-методист

Научный консультант:
Радионова Ольга Павловна,
медицины, врач-психиатр

Луганск – 2015

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ

РАЗДЕЛ 1.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР

- 1.1. Травматический стресс
- 1.2. Посттравматическое стрессовое расстройство
- 1.3. Стресс и посттравматический стресс - соотношение понятий
- 1.4. Симптомы ПТСР и их проявления
- 1.5. Стрессоустойчивость

РАЗДЕЛ 2.

ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ УЧАЩИХСЯ

- 2.1. Экспериментальное исследование вегетативных реакций учащихся
- 2.2. Исследование ситуативной и личностной тревожности учащихся
- 2.3. Диагностика «копинг-стратегий» учащихся
- 2.4. Диагностика личностных состояний и свойств личности
- 2.5. Диагностика психологических последствий травматического стресса

РАЗДЕЛ 3

ПРОФИЛАКТИКА ПТСР

ВЫВОДЫ

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

ПРИЛОЖЕНИЯ

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. В современных условиях, когда локальные войны, техногенные катастрофы, противоправные действия неотступно сопровождают нашу жизнь, проблема психических расстройств, вызванных экстремальными ситуациями, становится первоочередной в психиатрии. Объектом пристального внимания учёных являются посттравматические стрессовые расстройства. Российские (А.Н. Краснянский, 1993; В.Я. Евтушенко с соавт. 1995; Н.И. Мягих, 1997; А.О. Бухановский, К.Ю. Галкин, 2001; Е.М. Волкова с соавт. 2003; Е.М. Епанчинцева с соавт. 2003; Ц.П. Короленко с соавт. 2003; В.А. Рудницкий, 2003) и зарубежные (F. Armfield, 1994; C. Margalit et al., 1994; M.S.Baker, F.Armfield, 1996; J.D. Bremner et al., 1997; R.A. Bryant, 1997; E.B. Foa et al., 1997; S.M. Southwick et al., 1997; E.B. Blanchard et al., 1997; L. Katz et al., 1997) литературные источники освещают широкий круг исследований по распространённости, этиологии, патогенезу, клинико-динамическим особенностям, терапии посттравматических стрессовых расстройств у взрослых пациентов.

Вместе с тем, эта важная проблема имеет прямое отношение к современным школьникам Луганской и Донецкой Народных Республик.

По данным медицинской службы КУ «ЛСШ I-III ст. №57» в 2014 году из 96 учащихся 10-х классов на диспансерном учете находилось 39 человек (41%), при этом у 23 учащихся (24%) диспансерный учет был у 2-х и более специалистов; диагноз ВСД был выставлен 20% учащихся.

Анализ стрессовых событий, перенесенных старшеклассниками во время боевых действий лета – осени 2014 г и зимы 2015 г. в ЛНР, показал, что травматический стресс испытали все, но в 17 случаях они касались гибели, опасности гибели и ранений людей и животных на глазах учащихся. При этом 20 учащихся (59%) испытали угрозу для собственной жизни и здоровья.

При изучении количества травматических стрессовых событий, приходящихся на одного ученика, установлено, что их было в среднем 2,7.

Поэтому в число первостепенных задач входит разработка научно обоснованных эффективных средств предупреждения и реабилитации нежелательных последствий эмоционально окрашенных напряжений и перенапряжений регуляторных механизмов у учащихся, а также повышение качества и внедрение профилактической направленности в систему социальных, психолого-педагогических, реабилитационных программ помощи населению.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей реагирования старшеклассников на травматический стресс.

Для достижения поставленной цели было необходимо решить несколько **задач**:

1. Изучить научную литературу, посвященную вопросам травматического стрессирования и ПТСР.
2. Провести обследование учащихся школы.
3. Обосновать выбор методов психокоррекции, оптимально препятствующих формированию нарушений психологического здоровья.

Гипотеза исследования: личностная и поведенческая формы реагирования при взаимодействии с условиями травматического стрессирования детерминированы повышенным уровнем стрессовой нагрузки, а также сочетанием конституционально-биологических (личностных), социально-демографических и соматогенных факторов.

Объект исследования - учащиеся от 15 лет и старше, пострадавшие от травматического стресса.

Предмет исследования – риски посттравматических расстройств данной группы учащихся.

Научная новизна: 1. Впервые проведено исследование учащихся 11-х классов школы в период длительного травматического стрессирования.

2. Впервые на количественном уровне установлены взаимосвязи между личностными особенностями учащихся и характером их реагирования на стресс, связанный с военными событиями и длительным травматическим социально-информационным и эмоциональным стрессированием.

3. Разработана программа коррекции травматического стресса, с учетом индивидуальных особенностей личности учащихся, позволяющая им пережить последствия психологической травмы с минимальными потерями для здоровья.

Практическая значимость. Результаты данного исследования позволяют рекомендовать их к применению в учебном процессе учреждений средней школы в качестве мероприятий по сохранению здоровья учащихся.

Методики исследования:

- методика диагностики самооценки Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина;
- методика исследования личности Р. Кеттелла (16 PF № 187)
- методика «Индикатор копинг-стратегий» Д. Амирхана
- опросник травматического стресса для диагностики психологических последствий (Котенев)

База исследования. Экспериментальной базой исследования являлось КУ «Луганская специализированная школа I-III ст.№57».

В исследовании принимали участие: Работа проводилась в течении 2014 г. – на параллели 10-х классов (96 человек) и в 2015 г. на параллели учащихся 11 классов (34 человека).

Самостоятельный вклад автора - сделала литературный обзор по заданной теме; составила сводные таблицы результатов диагностики; выполнила презентацию, которая иллюстрируют полученные результаты.

Апробация – результаты исследования были представлены на педагогическом совете школы в апреле 2015 г.

РАЗДЕЛ 1

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР

1.1. Травматический стресс

Центральными положениями в концепции стресса, предложенной в 1936 г. Гансом Селье, является гомеостатическая модель самосохранения организма и мобилизация ресурсов для реакции на стрессор. Все воздействия на организм он подразделил на специфические и стереотипные неспецифические эффекты стресса, которые проявляются в виде общего адаптационного синдрома. Этот синдром в своем развитии проходит три стадии: реакцию тревоги; резистентности; истощения.

Стресс (в психологии) — состояние психического напряжения, возникающее у человека в процессе деятельности в наиболее сложных, трудных условиях, как в повседневной жизни, так и при особых обстоятельствах. Стресс может оказывать как положительное, так и отрицательное влияние на деятельность, вплоть до ее полной дезорганизации, что ставит перед исследователями задачу изучения адаптации человека к сложным условиям, а также прогнозирования его поведения в подобных условиях

Стрессоры — неблагоприятные, значительные по силе и продолжительности внешние и внутренние воздействия, ведущие к возникновению стрессовых состояний [4]. Стрессоры обычно делятся на физиологические (боль, голод, жажда, чрезмерная физическая нагрузка, высокая и низкая температура и т.п.) и психологические (опасность, угроза, утрата, обман, обида, информационная перегрузка и т.п.). Последние, в свою очередь, подразделяются на эмоциональные и информационные.

В тех случаях, когда механизмы сопротивляемости организма недостаточно эффективны, или когда они «истощают свой ресурс» при длительном и интенсивном стрессирующем воздействии развивается состояние **дистресса**.

Эмоции вовлекаются в структуру любого целенаправленного поведенческого акта, поэтому эмоциональный аппарат первым включается в стрессовую реакцию при воздействии экстремальных и повреждающих факторов; активируются функциональные вегетативные системы и их специфическое эндокринное обеспечение, регулирующие поведенческие реакции. (Анохин, 1973, Судаков, 1981).

Согласно современным представлениям эмоциональный стресс можно определить как феномен, возникающий при сравнении требований, предъявляемых к личности, с ее способностью справиться с этим требованием. Эмоциональные стрессы по своему происхождению, как правило, социальные, и устойчивость к ним у разных людей различна. Стрессовые реакции на психосоциальные трудности не столько следствие последних, сколько интегративный ответ на когнитивную их оценку и эмоциональное возбуждение (Everly G. S., Rosenfeld R., 1985).

В случае недостатка у человека стратегий совладания со стрессовой ситуацией возникает напряженное состояние, которое вместе с первичными гормональными изменениями во внутренней среде организма вызывает нарушение его гомеостаза. Эта ответная реакция представляет собой попытку справиться с источником стресса. Преодоление стресса включает психологические (сюда входят когнитивная, то есть познавательная, и поведенческая стратегии) и физиологические механизмы. Если попытки справиться с ситуацией оказываются неэффективными, стресс продолжается и может привести к появлению патологических реакций и органических повреждений. []

При некоторых обстоятельствах вместо мобилизации организма на преодоление трудностей стресс может стать причиной серьезных расстройств (Исаев, 1996). При неоднократном повторении или при большой продолжительности аффективных реакций в связи с затянувшимися жизненными трудностями эмоциональное возбуждение может принять застойную стабильную форму. В этих случаях даже при нормализации ситуации застойное эмоциональное возбуждение не ослабевает, а наоборот, постоянно активизирует цен-

тральные образования нервной вегетативной системы, а через них расстраивает деятельность внутренних органов и систем. []

Если в организме оказываются слабые звенья, то они становятся основными в формировании заболевания. Первичные расстройства, возникающие при эмоциональном стрессе в различных структурах нейрофизиологической регуляции мозга, приводят к изменению нормального функционирования сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, изменению свертывающей системы крови, расстройству иммунной системы (Тарабрина, 2001).

Чрезвычайные (экстремальные) ситуации характеризуются, прежде всего, сверхсильным воздействием на психику человека, что вызывает у него травматический стресс.

Травматический стресс – это переживание особого рода, результат особого взаимодействия человека и окружающего мира. Это нормальная реакция на ненормальные обстоятельства, состояние, возникающее у человека, который пережил нечто, выходящее за рамки обычного человеческого опыта. [] Стресс становится травматическим, когда результатом воздействия стрессора является нарушение в психической сфере по аналогии с физическими нарушениями. В этом случае, согласно существующим концепциям [], нарушается структура «самости», когнитивная модель мира, аффективная сфера, неврологические механизмы, управляющие процессами научения, система памяти, эмоциональные пути научения. В качестве стрессора в таких случаях выступают травматические события – экстремальные кризисные ситуации, обладающие мощным негативным последствием, ситуации угрозы жизни для самого себя или значимых близких. Такие события нарушают чувство безопасности индивида, вызывая переживания травматического стресса, психологические последствия которого разнообразны.

Типы травматических ситуаций []:

Тип 1. Краткосрочное, неожиданное травматическое событие.

1. Единичное воздействие, несущее угрозу и требующее превосходящих возможности индивида механизмов совладания.

2. Изолированное, довольно редкое травматическое переживание.
3. Неожданное, внезапное событие.
4. Событие оставляет неизгладимый след в психике индивида (индивид часто видит сны, в которых присутствуют те или иные аспекты события).
5. Такое событие с большой степенью вероятности приводит к навязчивой мыслительной деятельности, связанной с событием, к симптомам избегания и высокой физиологической реактивности.
6. При таком событии с большой степенью вероятности проявляется классическое повторное переживание травматического опыта.
7. Быстрое восстановление нормального функционирования редко и маловероятно.

Тип 2. Постоянное и повторяющееся воздействие травматического стрессора – серийная травматизация или пролонгированное травматическое событие.

1. Вариативность, множественность, пролонгированность, повторяемость травматического события или ситуации, предсказуемость.
2. Более вероятно, что ситуация носит умышленный характер.
3. Сначала переживается как травма типа 1, но по мере того как травматическое событие повторяется, пострадавший переживает страх повторения травмы.
4. Чувство беспомощности в предотвращении травмы.
5. Для воспоминания о такого рода событии характерна неясность и неоднородность в силу диссоциативного процесса.
6. Результатом воздействия травмы типа 2 может стать изменение Я-концепции и образа мира индивида, что может сопровождаться чувствами вины, стыда и снижением самооценки.
7. Высокая вероятность возникновения долгосрочных проблем личностного характера, что проявляется в отстраненности от других, в сужении и нарушении лабильности и модуляции аффекта.
8. Диссоциация, отрицание, «онемение», отстраненность, злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами как попытка защититься от непереносимых переживаний.

Вероятность того, что стрессор вызовет расстройство, зависит от его внезапности, непредсказуемости, длительности, повторяемости и умышленности, от физического ущерба, который он наносит жертве или ее близким, от того, насколько он угрожает жизни, способствует изоляции, вступает в конфликт с представлением о своем Я, физически или психологически унижает достоинство или наносит ущерб сообществу, к которому принадлежит жертва, или его системе поддержки.

В работах российских учёных первые упоминания о ПТСР (посттравматическом стрессовом расстройстве) со ссылкой на зарубежные исследования появились в начале 90-х годов прошлого столетия. До этого пользовались понятием «последствия боевой психической травмы, стихийных бедствий и катастроф». Интенсивное изучение различных аспектов проблемы ПТСР началось после выхода в свет русского перевода «Классификации психических и поведенческих расстройств» МКБ-10 (Россия, 1994).

Нарушения, развивающиеся после пережитой психологической травмы, затрагивают все уровни человеческого функционирования (физиологический, личностный, уровень межличностного и социального взаимодействия), приводят к стойким личностным изменениям не только у людей, непосредственно переживших стресс, но и у членов их семей.

1.2. Посттравматическое стрессовое расстройство

Клинические критерии ПТСР описаны при изучении «поствьетнамского синдрома» и представлены в работах зарубежных авторов (Shatan C.F., 1972; Horowitz M.J., Wilner N., 1980, 1987; Friedman M.I., 1981; Schnyder U., 1996; Orner R.J. et al., 1993; Ehler U., et al., 1999). В российской литературе они представлены при исследовании «афганского» и «чеченского» синдромов (Александровский Ю.А., 1993; Литвинцев С.В., 1994, 2001; Снедков Е.В., 1997, 1998; Демченкова Г.З., 1998; Сидоров П.И., 1999; Комаревцев В.Н., 2000).

В научной литературе описана специфика проявления посттравматических расстройств в детском и подростковом возрасте (Гурьева В.А., 1996; Исаев Д.Н., 2004; Freud A., Burlingham D.T., 1943; Herman J.L., 1992; March J.S. et al., 1996; Fletcher K., 1997; Helping children..., 2001). Ряд авторов подчеркивает, что психотравматизация в дошкольном и младшем школьном возрасте может иметь и отдаленные последствия, проявляющиеся психическими и поведенческими нарушениями, прежде всего, в подростковом возрасте (Гурьева В.А., 1996; Прихожан А.М., 2000; Боулби Дж., 2004; Зиновьева Н.О., Михайлова Н.Ф., 2004; Eth S., Pynoos R., 1985; Bolton P. et al, 2000; Duncan J., Arnston L., 2004; De Clercq B., De Fruyt F., 2007; Greenfield E.A., 2007).

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – это непсихотическая отсроченная реакция на травматический стресс, способный вызвать психические нарушения практически у любого человека. Это расстройство может развиваться у 50-80 % людей, испытавших такое воздействие. Этот термин активно внедряется в медицинскую практику с 1980 г. По определению психиатров, травмирующим называют событие, «выходящее за пределы нормального человеческого опыта». В рамках посттравматической патологии большинство авторов выделяют три основные группы симптомов: 1) чрезмерное возбуждение (включая вегетативную лабильность, нарушение сна, тревогу, навязчивые воспоминания, фобическое избегание ситуаций, ассоциирующихся с травматической); 2) периодические приступы депрессивного настроения (притупленность чувств, эмоциональная оцепенелость, отчаяние, сознание безысходности); 3) черты истерического реагирования (параличи, слепота, глухота, припадки, нервная дрожь).[] Средние показатели частоты ПТСР в условиях военного времени составляют 15–30% (Андрющенко, 2000).

Выделяют четыре характеристики травмы, способной вызвать травматический стресс (Ромек и др., 2004):

1. Происшедшее событие осознается, то есть человек знает, что с ним произошло и из-за чего у него ухудшилось психологическое состояние;
2. Это состояние обусловлено внешними причинами;

3. Пережитое разрушает привычный образ жизни;
4. Происшедшее событие вызывает ужас и ощущение беспомощности, бессилия что-либо сделать или предпринять.

Психологическая реакция на травму включает в себя три относительно самостоятельные фазы, что позволяет охарактеризовать ее как развернутый во времени процесс.

Первая фаза – фаза психологического шока – содержит два основных компонента:

- угнетение активности, нарушение ориентировки в окружающей среде, дезорганизация деятельности;

- отрицание происшедшего (своеобразная охранительная реакция психики). В норме эта фаза достаточно кратковременна.

Вторая фаза – воздействие – характеризуется выраженными эмоциональными реакциями на событие и его последствия. Это могут быть сильный страх, ужас, тревога, гнев, плач, обвинение – эмоции, отличающиеся непосредственностью проявления и крайней интенсивностью. Постепенно эти эмоции сменяются реакцией критики или сомнения в себе. Она протекает по типу «что было бы, если бы...» и сопровождается болезненным осознанием неотвратимости происшедшего, признанием собственного бессилия и самообвинением.

Эта фаза является критической, после нее начинается или процесс выздоровления (отреагирование, принятие реальности, адаптация к вновь возникшим обстоятельствам), или происходит фиксация на травме и последующий переход постстрессового состояния в хроническую форму.

Третья фаза - фаза нормального реагирования.

Важными характеристиками тяжелого психотравмирующего фактора являются неожиданность, стремительный темп развития катастрофического события и длительность воздействия, а также повторяемость в течение жизни (Тарабрина, 2001). Последствия травмы могут проявиться внезапно, через продолжительное время, на фоне общего благополучия человека, и со временем ухудшение состояния становится все более выраженным.

Информация, содержащаяся в литературных источниках, посвященных клинике ПТСР, отличается противоречивостью, что связано с неоднородностью объектов исследования, использованием различных методических подходов. В работах российских ученых для изучения клиники ПТСР используется феноменологический подход. В них (Б.С. Положий, И.В. Гурин, 1997; Е.О. Александров, Г.Т. Красильников, 2000; Ц.П. Короленко, Е.Н. Загоруйко, 2000; Ю.А. Александровский, 2001; А.А. Портнова, 2002 и др.) подчёркивается многообразие психопатологических проявлений ПТСР, поэтапное его развитие со склонностью к затяжному и хроническому течению, формирование стойких изменений личности при нём. В описаниях клиники посттравматических стрессовых расстройств содержатся указания на соматоформные, тревожно-фобические, дистимические нарушения, зависимость от психоактивных веществ, возникающие при хроническом течении патологического процесса.

В большинстве работ российских и зарубежных исследователей отмечается существенное значение социально-демографических характеристик в развитии ПТСР (Г.И. Каплан, Б. Дж. Сэдок, 1994; Ю.В. Попов, В.Д. Вид, 1998; J.B. Murray, 1992; R.J. Orner et al., 1993; M.D. De Bellis et al., 2002). В то же время существует мнение (М.К. Potts, 1994), отрицающее роль социально-демографических характеристик в развитии посттравматических стрессовых расстройств. В качестве предикторов ПТСР рассматриваются психические травмы в детстве (Ц.П. Короленко, Е.Н. Загоруйко, 2000), наследственная отягощённость психическими заболеваниями (Т. Дж. Мак Глинн, Г.Л. Меткалф, 1989), зависимость от психоактивных веществ (И.В. Турин, 1995; В.М. Лыткин с соавт., 1995), фактор психической ретравматизации (S. Robinson et al., 1994). Неоднозначно трактуется роль особенностей личности, предрасполагающих к возникновению посттравматических стрессовых расстройств. В.М. Лыткин с соавт. (1995) относит к ним эмоциональную неустойчивость и истеро-возбудимые черты характера, М.А. Джишкариани с соавт. (1997) - астенические черты характера, Ю.В. Попов, В.Д. Вид (1998) - эмоциональную неустойчи-

вость и повышенную тревожность, Е. М. Епанчинцева с соавт. (2000) - повышенную тревожность.

Данные специальной литературы, касающиеся восстановительных мероприятий при ПТСР, свидетельствуют, что до настоящего времени используется крайне ограниченное количество комплексных реабилитационных программ при этом заболевании (В.Н. Краснов, И.Я. Гурович, 2000; Е.М. Епанчинцева, 2001; В.Г. Черкасов 2002). Среди исследователей есть немало авторов, которые уделяют большое внимание психотерапевтическим методам (А.В. Смирнов, 1999; Л.Ф. Шестопалова, 2001; Д.Л. Бекер, 2002; J. Harmand et al., 1993). В ряде работ (В.М. Волошин, 2001; Т.И. Ларикова с соавт., 2002; S.J. Penava, 1996; V. Bandelow et al., 2002; C.R. Marmar et al., 2002) предпочтение отдаётся психофармакотерапии.

Сочетание ПТСР с другими психическими и поведенческими расстройствами затрудняет проведение восстановительных мероприятий, ухудшает прогноз заболевания. Между тем, выделение по совокупности указанных факторов группы риска позволит своевременно выявлять лиц, склонных к посттравматическим стрессовым расстройствам, что обеспечит возможность проведения более качественной профилактической работы.

1.3. Стресс и посттравматический стресс - соотношение понятий

Исследования в области посттравматического стресса развивались независимо от исследований стресса, и до настоящего времени эти две области имеют мало общего. Некоторые из известных исследователей стресса, являясь последователями классической теории стресса Г. Селье, часто игнорируют ПТСР в качестве возможного последствия стресса, ограничивая поле внимания исследованиями особенностей эмоционального стресса.

Работы Линдермана (1944) и Горовица (1986) исследователи часто рассматривают как расширенную концепцию классической теории стресса Г. Селье. Особенность их подхода состоит в том, что Линдерман в концепции «трав-

матического горя» и Горовиц при описании «синдрома стрессовой реакции» в модель стресса включили понятия о фазе восстановления или ассимиляции, суть которых сводится к пролонгированной борьбе с последствиями экстремального или травматического стресса. Авторы этих концепций указывают, что для лиц перенесших психическую травму «стресс» характерны переживания психического дискомфорта, дистресса, тревоги и горя в течение этого периода – «хронический стресс». Но хронический стресс не ограничен ситуацией воздействия стрессора, реакции могут иметь место как до того, как исчезает воздействие стрессора, так и в последующей жизни. Поэтому, с теоретической точки зрения было бы более корректно использовать термины «стресс» для обозначения непосредственной реакции на стрессор и «посттравматические психические нарушения» для отсроченных последствий травматического стресса.

Различия между исследованиями в области стресса и травматического стресса носят методологический характер. Так, большинство исследований травматического стресса сфокусировано на оценке взаимосвязи между травмой и вызванными ею расстройствами, а также оценке степени травматогенности того или иного события в большей степени, чем на его стрессогенности.

Исследования в области стресса в основном носят экспериментальный характер с использованием специальных планов эксперимента в контролируемых условиях. Исследования, посвященные проблеме травматического стресса, напротив, носят натуралистический, ретроспективный характер и по большей части могут быть отнесены к наблюдению. Исследователи травматического стресса склонны к измерениям переменных, имеющих концептуальный, категориальный характер результата (измерения развития расстройства). Исследователи в области стресса предпочитают иметь дело с континуальными переменными. [Тарабрина Н.В., 2001]

Хобфолл (1988) предложил точку зрения, которая может послужить связующим элементом между концепциями стресса и травматического стресса. Эта точка зрения выражается в идее тотального стрессора, который провоциру-

ет качественно иной тип реакции, который заключается в **консервации адаптационных ресурсов** («притвориться мертвым»). Похожая точка зрения высказана Кристэлом (1978), который, оставаясь в рамках психоаналитической теории, предположил, что психический коллапс, «замораживание аффекта», а также последующие нарушения способности к модуляции аффекта и алекситимия — основные черты «травматической» реакции на экстремальные условия. Другие терминамы, описывающие экстремальную реакцию на тотальный стресс, — диссоциация и дезорганизация.

Итак, стресс и травматический стресс — включают в себя идеи, с одной стороны, гомеостаза, адаптации и «нормальности», а с другой — разделения, дисконтинуальности (прерывистости) и психопатологии. [Тарабрина Н.В., 2001]

Травматический стресс, который переживают жители Луганской и Донецкой народных республик является военно-травматическим. Мирные жители оказались в следующих обстоятельствах:

1. Произошла резкая смена условий мирной гражданской жизни на боевую обстановку, к которой пришлось очень быстро приспособиться. Люди вынуждены жить практически постоянно в состоянии опасности (разрушения, пожары, гибель товарищей). Это и есть собственно военно-травматический стресс.

2. Смена боевой ситуации на условно «мирную», к которой опять приходится адаптироваться, так как социальная ситуация не тождественна мирной довоенной. Возникающие в этот период дезадаптации носят название собственно посттравматического стрессового расстройства (синдрома). В нашем регионе, к сожалению, жители продолжают находиться под воздействием военно-травматического стресса.

Мы согласны с Ахмедовой Х.Б., в том, что «признаки посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) могут рассматриваться в качестве основы, на которой формируются личностные изменения разных уровней» и именно поэтому необходимо активизировать своевременную просветительскую и диагностическую работу школьных психологов и врачей с учащимися школ.

1.4. Симптомы ПТСР и их проявления.

Когда у человека нет возможности разрядить внутреннее напряжение, его тело и психика находят способ как-то примениться к этому напряжению. Симптомы ПТСР - это глубоко укоренившиеся способы поведения, связанные с экстремальными событиями в прошлом:

1. Немотивированная бдительность. Человек пристально следит за всем, что происходит вокруг, словно ему постоянно угрожает опасность.
2. «Взрывная» реакция. При малейшей неожиданности человек делает стремительные движения (бросается на землю при звуке низко пролетающего вертолета).
3. Притупленность эмоций. Бывает, что человек полностью или частично утратил способность к эмоциональным проявлениям. Ему трудно устанавливать близкие и дружеские связи с окружающими, ему недоступны радость, любовь, творческий подъем, игривость и спонтанность.
4. Агрессивность. Стремление решать проблемы с помощью грубой силы (это касается не только физического силового воздействия, но встречается также психическая, эмоциональная и вербальная агрессивность).
5. Нарушения памяти и концентрации внимания. Человек испытывает трудности, когда требуется сосредоточиться или что-то вспомнить, такие трудности возникают при определенных обстоятельствах.
6. Депрессия. Этому чувству сопутствуют нервное истощение, апатия и отрицательное отношение к жизни.
7. Общая тревожность. Проявляется на физиологическом уровне (ломота в спине, спазмы желудка, головные боли), в психической сфере (постоянное беспокойство и озабоченность, “параноидальные” явления - например, необоснованная боязнь преследования), в эмоциональных переживаниях (постоянное чувство страха, неуверенность в себе, комплекс вины).
8. Приступы ярости.

9. Злоупотребление наркотическими и лекарственными веществами.

10. Непрошенные воспоминания. В памяти пациента внезапно всплывают жуткие, безобразные сцены, связанные с травмирующим событием. Эти воспоминания могут возникать как во сне, так и во время бодрствования. Наяву они появляются в тех случаях, когда окружающая обстановка чем-то напоминает травмирующее событие: запах, зрелище, звук. Главное отличие от обычных воспоминаний состоит в том, что посттравматические «непрошенные воспоминания» сопровождаются сильными чувствами тревоги и страха.

Непрошенные воспоминания, приходящие во сне, называют ночными кошмарами. Сны такого рода бывают, как правило, двух типов: первые, с точностью видеозаписи, передают травмирующее событие так, как оно запечатлелось в памяти пережившего его человека; в снах второго типа обстановка и персонажи могут быть совершенно иными, но по крайней мере некоторые из элементов (лицо, ситуация, ощущение) подобны тем, которые имели место в травмирующем событии. Человек пробуждается от такого сна совершенно разбитым; его мышцы напряжены, он весь в поту.

11. Галлюцинаторные переживания. Это особая разновидность непрошенных воспоминаний о травмирующих событиях с той разницей, что при галлюцинаторном переживании память о случившемся выступает настолько ярко, что события текущего момента как бы отходят на второй план и кажутся менее реальными, чем воспоминания. В этом «галлюцинаторном», отрешенном состоянии человек ведет себя так, словно он снова переживает прошлое травмирующее событие; он действует, думает и чувствует так же, как в тот момент, когда ему пришлось спасти свою жизнь.

12. Бессонница (трудности с засыпанием и прерывистый сон). Регулярное недосыпание, приводящее к крайнему нервному истощению. Бессонница также бывает вызвана высоким уровнем тревожности, неспособностью расслабиться, а также постоянным чувством физической или душевной боли.

13. Мысли о самоубийстве.

14. «Вина выжившего».

Заметим, что ПТСР является формой нарушения психологического здоровья личности, напрямую связанного с наличием патологических изменений личности. Представления о критериях психологического здоровья, к настоящему моменту достаточно устоялись, для того чтобы квалифицировать ПТСР как его нарушения. Психологически здоровый человек, прежде всего, созидает, его агрессия минимальна. Кроме того, умеет жить «здесь и теперь», сохраняя чувство отдаленной перспективы, для него характерны трансцендентальные переживания. Ценности тогда являются действительными, когда человек может их реализовать в жизненном процессе.

Несомненно, главным последствием для личности с ПТСР становится деформация самооценки: зачастую она становится неадекватно заниженной, либо компенсаторно завышенной. Изменение самооценки чрезвычайно существенно и трудно корректируемо, так как «относясь к ядру личности, самооценка является важным регулятором ее поведения».

В работе Смирновой Л.В. «Диагностика, терапия и профилактика посттравматических стрессовых расстройств» (2003) установлено, что посттравматическое стрессовое расстройство является структурно сложным образованием, которое проходит в своём развитии 3 стадии. Первая стадия - «непосредственных реакций на стресс», вторая - формирования «стержневых синдромов ПТСР», третья стадия - «присоединения коморбидных состояний».

По данным Смирновой Л.В. клиника первой стадии посттравматического стрессового расстройства соответствовала критериям острой реакции на стресс, предлагаемым МКБ-10. Она зафиксирована у 26,49% больных ПТСР, у остальных 73,51% развитие заболевания началось со второй стадии. Первые симптомы второй стадии посттравматического стрессового расстройства появлялись спустя неделю - месяц после перенесенной психической травмы. В этой стадии в течение от недели до месяца происходило полное развитие клиники ПТСР, которая складывалась из синдромов: «репереживаний», «избегания», «повышенной активации». Третья стадия посттравматического стрессового расстройства характеризовалась присоединением коморбидных состояний у 65,81%

больных, формированием патохарактерологического развития личности у 18,80%.

Обращаясь к фундаментальным исследованиям стресса и стрессовых реакций, вслед за Аракеловым Г.Г. отметим: «Для более поздней фазы стресса, когда организм находится на грани нормы и патологии, (пограничные состояния), подходят разработанные рядом авторов системы групповых признаков:

1. Клинические – личностная и реактивная тревожность, снижение эмоциональной стабильности.
2. Психологические – снижение самооценки, уровня социальной адаптированности и фрустрационной толерантности.
3. Физиологические – преобладание тонуса симпатической нервной системы над парасимпатической, изменение гемодинамики.
4. Эндокринные – повышение активности симпатико-адреналовой и гипоталамо-гипофизарной надпочечниковой систем.
5. Метаболические – повышение в крови транспортных форм жира, сдвиг липопротеидного спектра в сторону атерогенных фракций».

Наличие посттравматического стрессового расстройства способно вызывать эти признаки при малейшем напоминании о травматическом опыте. Таким образом, ПТСР – это постоянный «спрятанный» стресс, способный возродиться в любую минуту.

1.5. Стрессоустойчивость

На уровень сопротивляемости стрессу могут оказывать влияние индивидуальные особенности личности учащихся, обуславливающие и регулирующие его поступки, предопределяющие выбор линии поведения, стиль и образ жизни.

Понятие «**стрессоустойчивость**» определяется как:

- невосприимчивость к эмоциогенным факторам, или как способность контролировать и сдерживать возникающие астенические эмоции;
- интегральное свойство личности, которое характеризуется таким

взаимодействием эмоциональных, волевых, интеллектуальных и мотивационных компонентов психической деятельности человека, которые обеспечивают оптимальное успешное достижение цели деятельности в сложной обстановке;

- «эмоциональная устойчивость».

Факторы, влияющие на стрессоустойчивость: врожденные особенности организма и ранний детский опыт; родительские сценарии; личностные особенности; направленность человека, его установки и ценности; факторы социальной среды (социальные условия и условия труда, ближнее социальное окружение); когнитивные факторы (уровень сензитивности, умение анализировать свое состояние и факторы внешней среды, прошлый опыт и прогноз будущего).

Согласно теории стрессоустойчивости все люди делятся на 4 группы: стрессонеустойчивые, стрессотренируемые, стрессотормозные и стрессоустойчивые. У значительного числа молодых людей в результате стрессорных нагрузок наблюдается нарушение механизмов саморегуляции отдельных функциональных систем, определяющих нормальные физиологические показатели (Быкова Е.В., Климина Н.В., Умрюхин Е.А., 2001; Юматов Е.А., 2001; Чикова С.Н., Чиков А.Е., 2005). При длительных воздействиях стрессорных факторов формируются хронические психосоматические заболевания (Кучма В.Р. 2001; Парцерняк С.А., 2002).

Многие авторы выявляют не только психологическую изменчивость в диапазоне нормы к границам акцентуации личности, но и аномальные личностные изменения, формирующиеся в условиях социально-информационного стрессирования (Е.А. Головаха, 1990; Л.Г. Дикая, В.В. Семикин, 1991; В.А. Бодров, 1996). Абдрахимова Ц.Б. приводит данные исследователей российского научного центра социальной и судебной психиатрии им. В. М. Сербского Дмитриева Т. Б., Положиги Б. С. о соотношении хронического стресса и острого стресса в развитии нервно-психических расстройств – это соотношение составляет 85%: 15 % [1].

Практически все учащиеся в ЛНР и ДНР в этом учебном году испытывают длительный травматический стресс, который может привести к перестройке функционирования их вегетативной нервной системы. Увеличивается активность симпатического отдела ВНС и одновременно уменьшается активность парасимпатического отдела. Одновременно происходит перестройка управляющей функции нервных центров, координирующих работу сердечнососудистой системы, которая сопровождается падением абсолютной мощности всего спектра сердечного ритма и изменением соотношения отдельных спектральных составляющих. Общая тревожность социума значительно обостряет негативные эмоции учащихся, повышая их ситуативную тревожность, актуализируя страхи и вызывая беспокойство за настоящее и будущее.

Перед психологами и педагогами встает проблема прогноза стрессовых реакций того или иного ученика. Ее решение невозможно без проработки как физиологических, так и психологических составляющих травматического стресса с обязательным учетом индивидуальных личностных особенностей.

РАЗДЕЛ 2

ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ УЧАЩИХСЯ

2.1. Экспериментальное исследование нейропсихологических и психофизиологических особенностей учащихся

Длительное воздействие стресса приводит к тому, что нервная активность сосредоточивается в основном в правом полушарии и стволе мозга, в симпатической нервной системе. Часть вегетативной нервной системы, включающая нервные клетки грудного и верхнепоясничного отделов спинного мозга, участвует в регуляции ряда функций организма: по ее волокнам проводятся импульсы, вызывающие повышение обмена веществ, учащение сердцебиений, сужение сосудов, расширение зрачков. Остальные области мозга, особенно лобная доля левого полушария, могут быть частично блокированы. Во время стресса выделяются особые химические вещества (энкефалины), необходимые для уменьшения болевых ощущений. Они разрушают клетки мозга, особенно гиппокампа лимбической системы, непосредственно участвующего в обучении и запоминании.

В нашей работе 2014 года мы измеряли уровень артериального давления (АД) и частоту сердечных сокращений (ЧСС) у учащихся 10-х классов. Увеличение показателей АД и ЧСС в ситуации экзаменационного стресса продемонстрировали 54% учащихся. Показатель частоты сердечных сокращений (ЧСС) находится в положительной корреляционной связи с показателями величины систолического артериального давления «0,2238» и с показателями диастолического артериального давления «0,5556».

Функциональная асимметрия мозга — это сложное свойство мозга, отражающее различие в распределении нервно-психических функций между его правым и левым полушариями. Формирование и развитие этого распределения

происходит в раннем возрасте под влиянием комплекса биологических и социокультурных факторов. Функциональная асимметрия полушарий является одной из причин существования у человека определенной структуры психики [22]. Среди наших респондентов 53,8% с левополушарной организацией мозга и 46,2% с правополушарной организацией мозга.

Моторная асимметрия включает в себя асимметрию рук, ног, тела и лица. В нашем исследовании получены следующие результаты - ведущая правая нога у 64 % левополушарных учащихся и 58 % у правополушарных учеников; ведущая левая нога у 36 % левополушарных учащихся и 42 % у правополушарных учеников.

Сенсорная асимметрия включает в себя асимметрию глаз и ушей. Из общего числа респондентов у 85% ведущий глаз правый, у 15% ведущий глаз левый; у 58% ведущее ухо правое, у 42% ведущее ухо левое.

Результаты нашего исследования (2014 г.) особенностей индивидуальной латеральной организации учащихся и уровень их стрессоустойчивости представлены в таблице №1.

Таблица 1

Уровень стрессоустойчивости учащихся				
Смешанный латеральный профиль			Односторонний латеральный профиль	
Стрессоустойчивость			Стрессоустойчивость	
«25%»	«50%»	«75%»	«100%»	«0%»
4 чел	12 чел	9 чел	4 чел	5 чел

Таким образом, индивидуальный латеральный профиль каждого человека определяет тип восприятия и мышления, стиль и успешность обучения, и особенности стрессоустойчивости. В стрессовой ситуации нарушается проводимость через мозолистое тело, ведущее полушарие берет на себя большую нагрузку, а ведомое блокируется. Ведущие органы (рука, нога, ухо, глаз), которые контролируются ведущим полушарием, также берут на себя основную нагрузку в состоянии стресса. Ведущие органы, которые контролируются ведомым полушарием, в состоянии стресса могут быть заблокированы (ухо, глаз, рука и нога)

Приложение А.

2.2. Исследование ситуативной и личностной тревожности учащихся

В нашей работе мы определяли уровень ситуативной и личностной тревожности по методике диагностики самооценки Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина [20].

Определенный уровень тревожности – естественная и обязательная особенность активной личности. Но очень высокая тревожность вызывает нарушения внимания и прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными срывами и психосоматическими заболеваниями [15].

Первый замер уровня тревожности учащихся осуществлялся в обычный учебный день 2014 (см. таблицу №2).

Таблица №2

Базовый уровень реактивной и личностной тревожности учащихся

Реактивная тревожность		Личностная тревожность	
Низкая	69%	Низкая	16%
Умеренная	23%	Умеренная	46%
Высокая	8%	Высокая	38%

Второй замер уровня тревожности учащихся осуществлялся в момент проведения мониторинга знаний по математике (см. таблицу №3).

Таблица №3

Уровень реактивной и личностной тревожности учащихся при проведении мониторинга

Реактивная тревожность		Личностная тревожность	
Низкая	59%	Низкая	3,5%
Умеренная	28%	Умеренная	48,25%
Высокая	13%	Высокая	48,25%

Третий замер уровня тревожности учащихся осуществлялся 30 марта 2015 (ситуация – «перемирия») (см. Приложение Б и таблицу №4).

Таблица №4

Базовый уровень реактивной и личностной тревожности учащихся

Реактивная тревожность		Личностная тревожность	
Низкая	41%	Низкая	6%
Умеренная	47%	Умеренная	35%
Высокая	12%	Высокая	59%

Средние показатели реактивной и личностной тревожности по выборке учащихся в 2014 и 2015 годах даны в таблице №5.

Таблица №5

Средний показатель реактивной и личностной тревожности учащихся

Тревожность	2014 г.		2015 г.
	Состояние покоя	Мониторинг	Март, «перемирие»
Реактивная	25,7 баллов	29 баллов	33 балла
Личностная	38,5 баллов	44 балла	47 баллов

Корреляционная связь показателей реактивной и личностной тревожности, полученных в 2014 и 2015 годах представлены в таблице №6.

Таблица №6

Корреляционная связь показателей реактивной и личностной тревожности учащихся

2015г. Март, «перемирие»	2014 г.	
	Состояние покоя	Мониторинг
Тревожность реактивная	0,35155	0,29562
Тревожность личностная	0,66125	0,38057

Мы наблюдаем значимую положительную корреляцию показателей уровня личностной тревожности в состояниях покоя, мониторинга учебных достижений и в состоянии воздействия травматического стрессирования. При этом отмечается рост числа учащихся с высокими показателями личностной тревожности. Так в 2014 году высокий уровень личностной тревожности показали 38% учащихся, а в марте 2015 года уже 59% старшеклассников. Наблюдается динамика роста уровня и реактивной тревожности, так в состоянии покоя эта тревожность была на низком уровне у 69% учащихся, а сейчас отмечается только у 41%, на среднем уровне была у 23%, а стала у 47% старшеклассников.

По данным 2014 г. реактивная тревожность находилась в слабой положительной корреляционной связи с показателями диастолического артериального

давления и в слабой отрицательной корреляционной связи с уровнем систолического артериального давления. Личностная тревожность находилась в значимой отрицательной корреляционной связи «-0,2881» и «-0,2829» с уровнями систолического и диастолического артериального давления соответственно. То именно ростом показателей уровня реактивной тревожности и особенно ростом показателей личностной тревожности можно объяснить ухудшение соматического здоровья учащихся – участились жалобы на проблемы в работе сердечно-сосудистой системы (боли в области сердца, высокое артериальное давление).

2.3. Диагностика «копинг-стратегий» учащихся

Способ мышления и поведения человека в определённых ситуациях влияет на степень успеха, с которой он справляется с различными проблемами.

Методика «Индикатор копинг-стратегий» разработана Д. Амирханом и предназначена для диагностики доминирующих копинг-стратегий личности. Адаптирована для проведения исследования на русском языке Н.А. Сиротой (1994) и В.М. Ялтонским (1995) [18]. «Индикатор копинг-стратегий» можно считать одним из наиболее удачных инструментов исследования базисных стратегий поведения человека:

Стратегия разрешения проблем — это активная поведенческая стратегия, при которой человек старается использовать все имеющиеся у него личностные ресурсы для поиска возможных способов эффективного разрешения проблемы.

Стратегия поиска социальной поддержки — это активная поведенческая стратегия, при которой человек для эффективного разрешения проблемы обращается за помощью и поддержкой к окружающей его среде: семье, друзьям, значимым другим.

Стратегия избегания — это поведенческая стратегия, при которой человек старается избежать контакта с окружающей его действительностью, уйти от решения проблем.

Человек может использовать пассивные способы избегания, например, уход в болезнь или употребление алкоголя, наркотиков, может совсем «уйти от решения проблем», использовав активный способ избегания — суицид. Стратегия избегания — одна из ведущих поведенческих стратегий при формировании дезадаптивного, псевдосовладающего поведения. Использование этой стратегии обусловлено недостаточностью развития личностно-средовых копинг-ресурсов и навыков активного разрешения проблем.

Наиболее эффективным является использование всех трех поведенческих стратегий, в зависимости от ситуации. В некоторых случаях человек может самостоятельно справиться с возникшими трудностями, в других ему требуется поддержка окружающих, в третьих он просто может избежать столкновения с проблемной ситуацией, заранее подумав о ее негативных последствиях.

Сравнивая результаты исследования доминирующих «копинг-стратегий» учащихся, полученные в 2013-2014 и в 2014-2015 учебных годах отмечаем следующие моменты (Приложение В):

1. На 9% возросло число учащихся, которые использовали «копинг-стратегию» разрешения проблем (стало 76%, против 67%), но проблема в том, что у большинства учащихся у которых был низкий показатель этого «копинга» в прошлом году, он и продолжает оставаться низким, а у одного респондента — очень низким. Следовательно, у 24% выпускников возникнут проблемы при решении трудных жизненных ситуаций, а следовательно проблемы в адаптации к условиям жизни после школы.

2. Число респондентов очень зависимых от окружающих и рассчитывающих на то, что именно другие люди разрешат их проблемы несколько сократилось с 8% до 6%, при этом снизилось и число учащихся, которые испытывали затруднения в ситуациях, в которых надо было обратиться за помощью к другим людям с 19% до 12%.

3. У двух респондентов продолжает наблюдаться стратегия избегания, они старались вообще уйти от разрешения проблем, на три человека (9%) воз-

росло число респондентов, проявляющих склонность к уходу от разрешения проблем.

Можно сделать вывод, что копинг-стратегии активно формируются в старшем школьном возрасте, но 30% выпускников пока не обладают эффективными стратегиями разрешения проблемных жизненных ситуаций.

2.4. Диагностика личностных состояний и свойств личности

В прошлом учебном году мы для определения индивидуально-психологических особенностей личности учащихся применили методику многофакторного исследования личности Р. Кеттелла (16 PF № 187) [20].

Показатель тревожности по фактору F₁ находился в значимой положительной корреляционной связи с показателем ситуативной тревожности «0,2670» и с показателем личностной тревожности «0,4537», полученных по методике Спилбергера – Ханина (данные теста Кеттлла приведены в Приложении Г)

Обобщая корреляционные связи между личностными качествами и параметрами артериального давления, полученные в нашем предыдущем исследовании, можно отметить, что для лиц, демонстрирующих высокое артериальное давление в стрессовых ситуациях, характерны такие общие черты, как осознание своего общественного долга и желание ему соответствовать, высокий интеллектуальный уровень, зрелые эмоционально-волевые качества, а также стремление контролировать свои чувства и выражать их в социально приемлемой форме.

Было установлено, что активация симпатической системы на процедуре мониторинга знаний чаще происходила у послушных школьников, не умеющих отстаивать свою точку зрения, не верящих в себя и свои способности и склонных к невротическим состояниям. У доминантных, властных, активных субъектов меньше тормозилась активность парасимпатического отдела, и не так сильно усиливалась деятельность симпатического отдела. У школьников, склонных к переживанию чувства вины, пульс во время проведения мониторинга ускорялся

более значительно, чем у учащихся, легко относящихся к жизни и привыкших перекладывать вину на внешние обстоятельства.

Обнаруженные нами закономерности, связывающие физиологические и психологические показатели учащихся в норме и при стрессе, послужили основанием для построения моделей, позволяющих прогнозировать вегетативные реакции школьников в значимых для них ситуациях. Это позволило заранее выявить учеников, у которых возможно нарушение функционального состояния во время стрессовой ситуации. Но события лета 2014 – зимы 2015 г. оказались настолько стрессотравматическими, что вызвали необходимость в дополнительных исследованиях.

2.5. Диагностика психологических последствий травматического стресса

Опросник травматического стресса для диагностики психологических последствий (Котенев, 1996) предназначен для изучения состояния человека после воздействия чрезвычайных факторов, а именно – нахождения в экстремальных условиях.

Когда у человека нет возможности разрядить внутреннее напряжение, его тело и психика находят способ как-то примениться к этому напряжению. В этом и состоит механизм посттравматического стресса. Его симптомы - которые в комплексе выглядят как психическое отклонение – на самом деле не что иное, как глубоко укоренившиеся способы поведения, связанные с экстремальными событиями в прошлом. При ПТСР наблюдаются клинические симптомы, определить наличие которых и помогает данный опросник.

Максимальный балл по симптому, описывающему состояние человека, может быть равен 5, при уровне от 4 до 5 баллов симптом практически сформирован, при уровне от 3 до 4 баллов симптом активно формируется; при уровне от 2 до 3 баллов симптом проявляется иногда; при уровне от 1 до 2 баллов симптом зарождается; при уровне до 1 балла симптом не выражен.

Полученные результаты представлены в Приложение Д и в таблице №7.

Таблица 7

Диагностика психологических последствий травматического стресса

Симптомы ПТСР	Средний балл по симпто- му	Количество учащихся у которых:	
		Симптом активно формируется (3 – 4) балла	Симптом проявляется иногда (2 – 3) балла
Сверхбдительность	2,9	3%	53%
Преувеличенное реа- гирование	2,7	9%	18%
Притупленность эмоций	1,2	нет	Нет
Агрессивность	3,1	6%	53%
Нарушения памяти и конц. Внимания	3,0	12%	36%
Депрессия	2,9	15%	24%
Общая тревожность	3,0	6%	44%
Приступы ярости	0,3	нет	Нет
Злоупотребление лекарственными ве- ществами	3	18%	33%
Непрошенные воспо- минания	3,1	6%	38%
Проблемы со сном	0,9	нет	Нет
«Вина выжившего»	3,3	12%	47%
Оптимизм	3,8	9%	82%

Уровень тревожности старшеклассников, измеренный по тесту Котенева и по методике диагностики самооценки Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина находится в значимой положительной корреляционной связи, параметр реактивной тревожности – «0,34982», параметр личностной тревоги – «0,59664».

Проведенное исследование возможных психологических последствий травматического стресса позволило выявить ряд наиболее выраженных проявлений посттравматического стрессового расстройства у старшеклассников: высокий уровень общей тревожности, нарушения внимания и памяти, выраженные проявления депрессии, активно формирующиеся симптомы сверхбдительности и преувеличенного реагирования, отягощенные выраженным чувством «вины выжившего» и повышенным приемом различных лекарственных препаратов.

ГЛАВА 3

ПРОФИЛАКТИКА ПТСР

В монографии «Индивидуальная устойчивость к эмоциональному стрессу», К.В. Судаков, перечисляя важнейшие пути антистрессорных мероприятий, указывает на аутогенную тренировку, различные методы релаксации, системы биологической обратной связи, дыхательную гимнастику, включение в жизнь человека положительных эмоций, музыку, физические упражнения, психотерапию, физиотерапевтические мероприятия (массаж, сауна), иглоукалывание, ароматерапия.

Мы разделяем точку зрения современных ученых в том, что профилактика нарушений, вызванной стрессом, должна быть комплексной, так для снижения артериального давления и нормализации мозгового кровообращения у школьников мы применили в 2014 году сочетание АТ по Шульцу и мышечной релаксации по Джекобсону. Мы использовали также кинезиологические комплексы упражнений (Приложение Е) - комплекс движений, позволяющий активизировать межполушарное взаимодействие, развивать комиссуры как межполушарные интеграторы, через которые полушария обмениваются информацией и происходит синхронизация работы полушарий.

Применение элементов антистрессовой программы позволило снизить: уровень личностной тревожности учащихся с 50 до 45 баллов, уровень АД у 15 учащихся, что составляет 57,7% от общего числа десятиклассников. Частота сердечных сокращений в этой группе учащихся сократилась в среднем с 87 до 80 уд/мин.; среднее артериальное систолическое давление уменьшалось с 119 до 114 мм рт. ст.; среднее диастолическое давление - с 68 до 65 мм рт. ст. Дело в том, что стресс - это не то, что происходит в реальности, а наша реакция на происходящее. То, как мы реагируем, связано с нашей психикой и зависит от нас. Поэтому нужно развивать в себе навыки управления стрессом.

Что нужно делать, чтобы справиться со стрессом?

- научиться приемам релаксации. Навыки релаксации, или расслабления, являются одним из наиболее эффективных средств борьбы со стрессом.
- не переживать своих проблем в одиночку. Держать проблему в себе, не обсуждая ее с близкими и друзьями, означает накапливать болезненное напряжение. Нужно найти человека, умеющего слушать и сопереживать.
- вести правильный образ жизни. Соблюдение режима дня, правильное питание и регулярные занятия спортом создают основу для нормальной работы организма.
- уметь развлекаться. Жизнь состоит не только из работы. Умение отдыхать так же необходимо, как и умение трудиться. Если у человека нет хобби, было бы совсем неплохо завести его.
- ставить перед собой реальные задачи. Каждый нормальный человек стремится к лучшему. Но, как это не печально, наши желания часто расходятся с возможностями. Достигнуть всего желаемого сложно, да и необязательно.

Стабильность является одним из основных условий нормального здоровья. Любые перемены, как плохие, так и хорошие, могут вызвать стрессовую реакцию, если они происходят слишком часто.

На современном этапе становится актуальной проблема обучения школьников правильному использованию резервов психики, самопознанию, повышению способности к гибкому самоуправлению в социальном взаимодействии. Все методы психологической помощи можно разделить на четыре категории:

1. Образовательная категория. Пострадавшие могут иметь собственные ресурсы к восстановлению, которые они находят при помощи книг и статей, через знакомство с основными концепциями физиологии и психологии. Создание информационного поля позволяет пострадавшим осознать, что их переживания и трудности не уникальны, «нормальны» в сложившейся ситуации, и это

дает им возможность надеяться на то, что при обращении к специалисту их страдания будут поняты, и они получают поддержку и помощь.

2. Целостное отношение к здоровью. Принцип холизма. Предполагает относиться к человеку как единому целому. Целостность предполагает необходимость и важность задействовать все резервы человеческого организма и личности: физическая активность, правильное питание, духовное развитие, использование чувства юмора. Внимание ко всем сторонам человеческой личности позволяет активизировать такие способности к восстановлению человека, которые были скрыты даже от него самого. Человек заслуживает того, чтобы к нему относились к единому целому.

3. Социальная поддержка. Для выхода человека из состояния посттравматического стресса, имеет значение социальное окружение. На кого может человек рассчитывать в ситуации психологического расстройства, какие новые проблемы в отношениях в семье и на работе возникли после травматического события - все это следует учитывать при проведении кризисных мероприятий. Сюда следует отнести наличие сети самопомощи, формирование поддержки со стороны общественных организаций.

4. Собственно психологическая помощь. Психологическая помощь включает в себя работу с проявлениями горя (группы поддержки взрослым и детям, переживающим горе), снятие фобических реакций посредством работы с травматическими образами и многие индивидуальные методы психологической помощи и поддержки. Особое место в системе психологической помощи занимают специально созданные методы. Это, прежде всего психологический дебрифинг - форма кризисной интервенции, применяемый сразу после кризисного события в групповой форме и психобиографический дебрифинг, который может быть использован при индивидуальной работе с отсроченным сроком травматизации.

ВЫВОДЫ

1. Для современной фазы протекания стресса у старшеклассников характерны клинические проявления ПТСР в виде высокого уровня личностной и реактивной тревожности, снижения эмоциональной стабильности; психологические – снижение уровня социальной адаптированности; физиологические – преобладание тонуса симпатической нервной системы над парасимпатической.

2. Установлено, что:

- Использование активных совладающих поведенческих стратегий и относительно низкая восприимчивость к стрессовым ситуациям способствуют улучшению самочувствия. А к его ухудшению и нарастанию негативной симптоматики приводят избегание проблем и применение пассивных стратегий, направленных не на разрешение проблемы, а на уменьшение эмоционального напряжения.
- В использовании копинг-стратегий существует определенная возрастная динамика. С увеличением возраста повышается вероятность использования активных проблемосовладающих поведенческих стратегий.
- Личностные особенности учащихся оказывают значительное влияние на характер протекания стресса.

3. Занятия по оптимизации функционального состояния старшеклассников методами аутогенной тренировки и психологической условно-рефлекторной саморегуляции показали возможность коррекции стресса. Применение этих методов позволяет снижать уровень стресса и производить оптимизацию вегетативного баланса за счет понижения или повышения активности симпатической нервной системы.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдрахимова Ц.Б. Ранняя диагностика, клиника, профилактика и коррекция невротических, связанных со стрессом, расстройств у учащихся лицеев. – К, 2003. 149 с.
2. Апчел В.Я., Цыган В.Н. Стресс и стрессоустойчивость человека. - СПб, 1999. 86 с.
3. Бодров В.А.
4. Большой психологический словарь/ Под ред. Мещерякова Б.Г., Зинченко В.П. - 2002. – 1190 с.
5. Вейн А.М., Окнин В.Ю., Хаспекова Н.Б., Федотова А.В. Состояние механизмов вегетативной регуляции при артериальной гипотензии // Ж. неврол. и психиатрии. 2003. - № 4. - С- 20-24.
6. Вяткин Б.А.
7. Доскин В.А. Профилактика экзаменационного стресса // Школа и психическое здоровье учащихся / Под ред. СМ. Громбаха. М.: Медицина, 1988. - С. 147-160.
8. Калашников А.А.,
9. Калуев А.В. Проблемы изучения стрессорного поведения. Киев. 1999. -134 с.
10. Карвасарский Б.Д. Неврозы. М.: Медицина, 1990. - 576 с.
11. Комарова И.А.
12. Кучма В.Р. Стресс у школьников: причины, последствия, профилактика / В.Р. Кучма, М.И. Степанова // Медицина труда и промышленная экология. 2001. - № 8. - С. 32-37
13. Линдеман Х. Аутогенная тренировка // Искусство управлять собой. - Воронеж, 1994. С. 3-17.
14. Лобзин В.С.,
15. Матковская Т.Н. Современный патоморфоз невротических и неврозоподобных расстройств подростков. – Харьков, 2002. – 176 с.
16. Ноздрачев А.Д. Физиология вегетативной нервной системы. Л.: Медицина, 1983. - 296 с.
17. Платонов Ю.П.
18. Плотников
19. Практикум по общей экспериментальной и прикладной психологии / под ред. Крылова А.А. Маничева С.А. – СПб.: “Питер” - 2000. – 560 с.
20. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. Самара: Издательский дом «БАХРАХ-М», 2000-672 с.
21. Свядош А.М. Неврозы. СПб: Питер, 1997. - 448 с
22. Сиротюк А.Л. Нейропсихологическое и психофизиологическое сопровождение обучения. Харьков: 2003. - 268 с.
23. Судаков К.В. Индивидуальная устойчивость к стрессу. М., 1998. -268 с.
24. Умрюхин Е.А., Быкова Е.В.,
25. Фаустов А.С.,

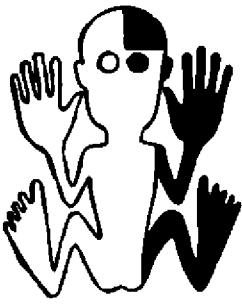
26. Фаустов А.С., Щербатых Ю.В. Коррекция уровня экзаменационного стресса у студентов как фактор улучшения их здоровья // Здравоохранение РФ.- 2001.-№4.-С.38-39.
27. Цзен Н.В., Пахомов Ю.В. Психотренинг: игры и упражнения. М.: ФиС, 1988.-272С.
28. Шалимов А.В. Конституционально-ориентированная психокоррекция личностной и поведенческой изменчивости у подростков в условиях социального стрессирования. Ставрополь. 2006. – 175 с.
29. Щербатых Ю.В. Использование аутогенной тренировки для оптимизации уровня экзаменационного стресса у студентов высшей школы.// Актуальные проблемы современной биологии и медицины. Днепропетровск, 1997(6).- С. 116-117.
30. Щербатых Ю.В.
31. Щербатых Ю.В. Саморегуляция вегетативного гомеостаза при эмоциональном стрессе // Физиология человека. 2000. - Т.26. - №5. - С. 151- 152.
32. Щербатых Ю.В. Влияние личностных особенностей на величину артериального давления у студентов в норме и в условиях эмоционального стресса // Артериальная гипертензия. 2000. - №2, - С. 74-76.
33. Щербатых Ю.В. Экзаменационный стресс: диагностика, течение, коррекция. Воронеж: Студия «ИАН». - 2000. -168 с.
34. Щербатых Ю.В.
- Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. - СПб.: Питер, 2001. С. 14-18.
- Ахмедова Х. Б. Посттравматические личностные изменения у гражданских лиц, переживших угрозу жизни/Х.Б. Ахмедова //Вопросы психологии.-2004.- №3/май-июнь/.-С.93-102.
- Колодзин Б. Как жить после психической травмы: М, 2006
- Колодзин Б Методическое пособие по работе с посттравматическим стрессовым расстройством. - СПб., ин-т ГАРМОНИЯ, 2001.
- Осухова Н. Г. Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях. М.: Издательский центр «Академия», 2005.
- Попов Ю.В., Вид В.А. Современная клиническая психиатрия. -СПб.: Изд-во «Речь». -2008.
- Психиатрический тезаурус часть 1. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99). Класс V. МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации. СПб: СПбМАПО. -2009.
- Смирнова Л.В. «Диагностика, терапия и профилактика посттравматических стрессовых расстройств» (Курск, 2003).
- Королев И.Н. Медицинские и социальные риски посттравматических расстройств, 2010
- <http://www.dissercat.com/content/posttravmaticheskie-stressovye-rasstroistva-u-voennosluzhashchikh-klinika-komorbidnye-sostoy#ixzz3VEdVVifx>
- Егоркина Т. В. Опыт ранних травматических переживаний в системе отношений личности подростков – свидетелей и участников межэтнического конфликта, 2009

ПРИЛОЖЕНИЯ

Перекрестный латеральный профиль

Полушарие	П	Синтетик, визуал, кинестетик, целостное восприятие, пространственное, наглядное, образное, действенное мышление, «Врожденная грамотность», творчество, невербальный интеллект. В процессе обучения необходим музыкальный или двигательный ритм. Затруднения в анализе и структурировании Предполагается несогласованная работа ведущей руки и ведущего глаза при письме. Левый глаз сканирует справа налево, сканирование слева направо затруднено. Возможно зеркальное восприятие пространства (буквы, цифры). Функционирование ведущего глаза и ведущего уха при восприятии нескоординировано. В стрессовой ситуации возможно функциональное блокирование ведущих руки, уха и ноги, что свидетельствует о неполном доступе аудиальной и кинестетической информации. Полный доступ визуальной информации, которая соответствует ведущей модальности. Стрессоустойчивость —25%
Рука	П	
Глаз	Л	
Ухо	П	
Нога	П	
		

Односторонний латеральный профиль

Полушарие	Л	Аналитик, аудиал, дискретное восприятие, плоскостное, знаковое, абстрактное, логическое мышление, вербальный интеллект. Необходимы структурированность и последовательность изложения информации. Затруднения в обобщении материала. Блокирование ведущей руки и ведущей ноги. Левый глаз сканирует справа налево, сканирование слева направо затруднено. Возможно зеркальное восприятие пространства (буквы, цифры). В стрессовой ситуации происходит блокирование ведущего уха и ведущего глаза, что приводит к невосприятию аудиальной и визуальной информации. Стрессоустойчивость —0%
Рука	Л	
Глаз	Л	
Ухо	Л	
Нога	Л	
		

Реактивная и личностная тревожность по методике

Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина

Фамилия	РТ	2014	РТ	2015	ЛТ	2014	ЛТ	2015
1	34		29		63		48	
2	20		36		39		43	
3	16		35		51		53	
4	15		12		47		26	
5	41		46		23		62	
6	49		23		48		46	
7	28		30		41		48	
8	21		15		32		33	
9	15		41		38		59	
10	25		32		36		37	
11	34		29		40		41	
12	34		35		54		50	
13	29		51		57		63	
14	26		25		38		44	
15	38		61		61		70	
16	30		19		36		36	
17	24		39		36		48	
18	21		27		32		48	
19	25		36		42		40	
20	31		22		48		41	
21	26		39		46		54	
22	51		34		62		55	
23	33		41		47		51	
24	34		50		52		61	
25	22		30		31		39	
26	45		37		44		45	
27	53		31		52		50	

"Перемирие" 2014-
2015

Индикатор копинг-стратегии

Респондент	Разрешение проблем	Поиск социальной поддержки	Избегание проблем
1	16	20	17
2	29	17	15
3	29	12	28
4	25	24	30
5	22	19	18
6	20	22	15
7	25	20	18
8	26	26	17
9	26	29	22
10	26	21	25
11	26	20	17
12	29	30	20
13	28	17	23
14	21	24	22
15	29	14	23
16	21	19	16
17	21	26	23
18	24	22	22
19	25	21	25
20	29	18	27
21	28	24	21
22	33	28	26
23	25	21	19
24	27	24	20
25	22	17	22
26	20	18	24
27	23	22	19
28	20	28	24
29	20	23	20
30	30	12	18
31	31	20	22
32	23	24	19
33	22	23	18
34	25	19	19

Результаты исследования личностных особенностей учащихся

Испытуемый	Фактор В	Фактор М	Фактор Q1	Фактор С	Фактор G	Фактор I	Фактор О	Фактор Q3	Фактор Q4	Фактор А	Фактор Н	Фактор F	Фактор E	Фактор Q2
1	6	5	4	2	3	5	8	6	8	6	4	3	4	4
2	6	4	2	6	9	7	3	10	5	6	5	8	4	3
3	5	3	8	4	4	9	9	8	6	9	5	6	6	3
4	9	6	8	3	6	9	8	5	8	4	5	4	7	9
5	8	6	4	3	5	6	9	4	8	2	4	3	3	7
6	7	5	7	1	7	9	9	4	9	9	6	6	4	4
7	5	5	5	5	6	5	9	5	6	6	7	4	4	4
8	5	7	9	5	1	7	6	3	4	8	8	7	8	6
9	5	5	9	8	5	7	4	4	3	9	8	8	7	4
10	3	7	7	4	5	4	7	5	5	4	7	2	6	6
11	8	5	10	8	5	7	4	7	6	8	7	4	4	6
12	6	3	6	6	5	5	5	8	7	8	8	6	6	3
13	8	4	5	6	6	7	6	7	6	9	6	6	4	1
14	4	4	2	6	7	8	6	8	5	10	6	5	2	4
15	6	3	7	4	3	7	8	6	7	4	8	5	7	5
16	6	7	6	6	9	6	5	9	6	7	4	4	4	6
17	8	4	8	4	5	4	5	5	6	7	8	7	5	4
18	8	5	8	3	3	8	6	4	7	5	9	6	7	3
19	8	5	9	4	6	5	3	7	7	6	6	5	6	1
20	6	3	5	2	4	6	6	4	6	5	6	6	5	4
21	4	4	5	4	3	5	5	4	6	9	10	7	8	3
22	7	6	8	5	4	8	5	7	6	3	4	2	6	7
23	6	2	7	4	3	7	8	4	6	6	6	5	6	3
24	6	4	7	3	4	4	8	5	7	6	5	6	6	6
25	6	8	7	8	4	5	2	8	4	5	7	3	5	7
26	6	6	5	5	4	6	9	5	7	8	6	3	5	5

Приложение Г
(продолжение)

Испытуемый	Фак- тор F1	Фак- тор F2	Фак- тор F3	Фак- тор F4	интеллект	эмоции	общение
1	10	12	3	10	21	32	31
2	8	14	2	12	18	40	36
3	6	16	3	12	21	40	41
4	11	15	5	13	32	39	33
5	9	14	5	10	26	35	28
6	11	15	4	8	26	39	41
7	8	17	9	13	20	36	35
8	7	9	8	17	26	26	45
9	5	14	9	17	24	31	43
10	7	13	9	14	20	30	37
11	7	14	8	14	31	37	37
12	11	14	5	14	21	36	44
13	7	16	5	13	25	38	31
14	8	15	5	16	14	40	34
15	9	14	6	13	22	35	41
16	10	15	3	14	25	41	35
17	7	12	8	12	28	29	37
18	9	12	8	10	29	31	39
19	8	12	6	10	30	32	30
20	8	12	6	10	20	28	35
21	10	11	8	16	17	27	48
22	8	11	5	13	28	35	34
23	8	15	7	11	21	32	37
24	8	13	5	13	23	31	41
25	8	10	7	17	27	31	36
26	7	15	6	15	23	36	37

Приложение Д

Результаты диагностики психологических последствий по методике Котенева

№	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	2,4	3,17	1,78	3,38	3,33	3,45	2,63	2,67	2,67	3	2,25	2,67	3,07
2	3	2,00	0,00	2,75	1,78	2,09	1,75	0,00	2,00	2	-1	2,33	3,79
3	3,4	4,17	2,78	3,50	4,33	4,45	4,50	0,00	2,67	4,22	1	3,83	3,14
4	2,5	3,83	1,67	2,25	3,78	3,27	3,38	-0,33	3,00	2,67	1,75	2,17	3,50
5	2,7	1,67	0,67	2,25	1,89	2,09	1,75	-2,00	1,00	1,78	0,75	2,00	3,36
6	3,2	2,67	0,78	3,13	2,33	1,73	2,75	0,67	3,33	2,56	0	2,33	3,71
7	2,4	2,67	1,22	2,38	3,67	2,64	3,00	-0,33	3,67	3,22	2	2,83	3,57
8	3,3	1,67	-1,00	1,88	2,11	1,00	3,00	-4,00	1,00	2,11	1	2,17	3,86
9	2,7	2,67	2,89	3,50	3,44	4,18	3,63	1,33	1,67	3,78	1,75	3,33	3,29
10	3,9	2,50	1,11	3,88	2,78	2,73	3,63	1,33	3,67	2,78	-1,5	2,67	4,14
11	2,7	2,83	1,22	3,38	2,89	2,82	3,13	-0,33	1,33	3,11	0,75	3,33	3,71
12	2,5	2,83	-0,22	2,63	1,67	1,09	1,50	-1,67	0,67	2	-1,5	1,83	4,07
13	3,2	2,17	0,78	2,88	1,67	2,27	1,63	-2,00	3,33	2,44	-2,25	2,00	3,79
14	3,1	2,50	1,22	3,50	3,56	3,09	3,13	1,67	3,67	2,89	0,75	3,33	3,71
15	3,5	3,50	1,44	2,88	3,00	3,00	2,50	1,33	4,00	2,67	0	3,67	3,29
16	3	2,00	0,33	2,63	2,22	1,64	2,13	-0,33	1,00	1,78	-1,5	3,00	3,86
17	3,1	2,50	1,33	3,00	2,89	2,82	3,13	-0,33	4,00	2,67	-0,75	3,50	3,57
18	2,7	3,5	2,22	4	3,22	4,18	3,88	2,33	2,33	3,78	3,5	4	3,21
19	3,1	4	1,89	2,50	4,00	4,55	3,88	0,00	1,00	3,89	1,75	4,33	3,71
20	2,7	4,17	2,11	3,63	4,67	4,64	3,63	1,67	4,00	3,78	3	4,50	3,00
21	2,9	1,83	0,11	3,13	2,44	2,36	2,00	1,00	2,00	2,67	-1,25	3,33	4,00
22	4,3	2,50	1,44	4,13	3,33	3,36	2,88	1,33	5,00	2,67	-1	4,33	3,79
23	2,4	1,17	0,78	3,25	2,56	1,64	2,38	0,00	2,67	2,11	-1,5	2,33	3,57
24	3,1	2,50	1,11	3,13	3,33	2,82	2,88	1,33	4,00	2,56	1,25	3,00	2,71
25	3,8	2,67	1,44	2,50	2,33	3,27	4,13	-0,67	3,33	3,33	1,75	3,17	3,57
26	2,3	2,17	1,33	3,13	3,78	3,36	2,88	1,00	5,33	3,44	2	3,17	2,57
27	3,1	2,50	0,00	3,25	2,67	2,36	2,63	1,00	2,33	2,44	0	2,83	3,64
28	2,5	2,83	1,56	2,88	3,44	2,82	3,25	0,33	3,33	3,33	0	2,33	2,71
29	3,2	2,50	0,67	3,00	2,78	2,64	2,88	-0,33	2,67	3,00	0,75	2,83	3,29
30	3,6	1,83	0,67	3,38	2,78	2,09	1,88	-0,67	0,67	2,33	-0,5	3,17	3,21
31	3,2	3,50	1,44	3,88	2,89	3,36	3,00	1,00	4,33	4,11	2,75	3,67	3,71
32	3,3	3,17	1,22	2,88	2,44	2,73	2,50	-1,00	3,00	3,00	1	3,00	3,86
33	2,3	3,33	1,56	3,13	4,11	2,82	3,13	-3,33	3,00	3,22	1,25	3,33	3,79
34	3	2,83	0,89	3,63	3,33	2,45	3,38	0,33	2,67	2,67	0,5	3,50	3,50

сред **2,9 2,7 1,2 3,1 3,0 2,9 3,0 0,3 3,0 3,1 0,9 3,3 3,8**

- | | | | |
|---|-----------------------------|----|-----------------------------|
| 1 | сверхбдительность | 8 | приступы ярости |
| 2 | преувеличенное реагирование | 9 | злоупотребление лекарствами |
| 3 | притупленность эмоций | 10 | непрощенные воспоминания |
| 4 | агрессивность | 11 | проблемы со сном |
| 5 | нарушение памяти и внимания | 12 | "вина выжившего" |
| 6 | депрессия | 13 | оптимизм |
| 7 | общая тревожность | | |

Антистрессовый кинезиологический комплекс упражнений
(по А.А.Сиротюк)

Упражнения рекомендуется выполнять ежедневно в течение 6—8 недель по 15—20 минут. Их выполняют сидя. Иногда для экстренной помощи при стрессе достаточно выполнить несколько упражнений, например «Фронтально-акцеппитальной коррекции» или «Постукивания».

1. Фронтально-акцеппитальная (лобно-затылочная) коррекция.

Цель: активизация стволовых структур мозга и межполу-шарного взаимодействия, ритмирование правого полушария, энергетизация мозга, визуализация позитивной ситуации.

Одну ладонь кладите на затылок, другую — на лоб. Закройте глаза и подумайте о любой негативной ситуации. Сделайте глубокий вдох—пауза—выдох—пауза. Мысленно представьте себе ситуацию еще раз, но только в положительном аспекте. Обдумайте и осознайте, как можно разрешить стоящую перед вами проблему. После появления синхронной «пульсации» между затылочной и лобной частью самокоррекция завершается глубоким вдохом—паузой—выдохом—паузой. Упражнение выполняйте от 30 секунд до 10 минут до синхронной пульсации в ладонях

2. Ахилл

Цель: снятие рефлекса защиты ахиллова сухожилия.

Легко ущипните руками оба ахиллова сухожилия (над пяткой), затем подколенные сухожилия. Мягко погладьте их несколько раз, «сбрасывая» в стороны и наружу.

3. Растяжка ахиллова сухожилия

Цель: снятие рефлекса защиты ахиллова сухожилия.

Встаньте и держитесь руками за спинку стула. Расположите одну ногу впереди корпуса тела, а другую сзади. Делайте выпады на колено ноги, выставленной вперед. Нога, расположенная сзади, должна быть прямой. Корпус держите прямо. Повторите упражнение для другой ноги.

4. Маятник

Цель: снятие рефлекса периферического зрения, ритмирование правого полушария, активизация стволовых структур мозга и межполушарного взаимодействия, энергетизация мозга.

Голова фиксирована. Глаза смотрят прямо перед собой. Отрабатывайте движения глазами по четырем основным (вверх, вниз, направо, налево) и четырем вспомогательным направлениям (по диагоналям); сведите глаза к центру. Движения глаз необходимо совмещать с дыханием. На фазе глубокого вдоха делайте движения глазами, затем удерживайте глаза в крайнем латеральном положении на фазе задержки дыхания. Возврат в исходное положение сопровождайте пассивным выдохом. Упражнение выполняйте с подключением однонаправленных движений языка (глаза и язык вправо — вдох, пауза, в исходное положение — выдох, пауза, глаза и язык влево — вдох, пауза, в исходное положение — выдох, пауза и т.д.).

5. Уши

Цель: энергетизация мозга.

Мягко расправьте и растяните рукой внешний край каждого уха в направлении вверх — наружу от верхней части к мочке уха 5 раз. Помассируйте участок от сосцевидного отростка за ухом по направлению вниз к ключице — 5 раз.

6. Постукивание

Цель: энергетизация мозга, активизация нейрогуморальной регуляции.

Сделайте массаж в области вилочковой железы (на груди) в форме легкого постукивания 10—20 раз круговыми движениями слева направо.

7. Дыхательное упражнение

Цель: активизация работы стволовых отделов мозга, ритмизация правого полушария, энергетизация мозга.

Сожмите пальцы в кулак с загнутым внутрь большим пальцем. Сделайте выдох, не торопясь, сожмите кулак с усилием. Затем, ослабляя усилие сжатия кулака, сделайте вдох. Упражнение повторить 5 раз. Выполнение упражнения с закрытыми глазами удваивает эффект. Упражнение также помогает в точном запоминании важной и сложной информации.

8. Дыхательное упражнение Эверли

Цель: активизация работы стволовых отделов мозга, ритмизация правого полушария, энергетизация мозга, снятие мышечного напряжения, ликвидация ощущения тревоги, снижение частоты сердечных сокращений.

Регулярное систематичное (1—2 недели) выполнение этого упражнения сформирует своего рода антистрессовую установку. Последующие стрессовые ситуации будут переживаться более спокойно и менее разрушительно. Закройте глаза, положите левую руку на пупок, а правую руку сверху так, как вам удобно. Вообразите внутри себя надувной резиновый шарик. На вдохе представляйте, как воздух входит через нос, идет вниз и надувает шарик. По мере «заполнения шарика» воздухом руки поднимайте вверх. «Надувание шарика» в области живота должно переходить в среднюю и верхнюю часть грудной клетки. Продолжительность вдоха должна составлять 2 секунды. По мере совершенствования навыка ее можно увеличить до 3 секунд. Задержите дыхание (не более 2 секунд). Повторяйте про себя фразу «Мое тело спокойно». Медленно начните выдыхать. Продолжайте повторять про себя фразу: «Мое тело спокойно». Продолжительность выдоха не менее 3—4 секунд. Повторите это четырехфазовое упражнение 3—5 раз. При головокружении необходимо прекратить упражнение, а в следующий раз сократить продолжительность вдоха, паузы и выдоха. Упражнение можно выполнять утром, днем и вечером, а также в стрессовой ситуации.

9. Стирание стрессовой информации из памяти (визуализация)

Сядьте и расслабьтесь. Закройте глаза. Представьте перед собой чистый альбомный лист бумаги, карандаши, старательную резинку. Мысленно нарисуйте на листе негативную ситуацию, которую необходимо забыть. Это может быть реальная картинка, образная ассоциация, символ и т.д. Мысленно возьмите старательную резинку и начинайте последовательно «стирать» с листа бумаги

созданную негативную ситуацию. «Стирайте» до тех пор, пока с листа не исчезнет картинка. Откройте глаза. Произведите проверку. Для этого закройте глаза и представьте тот же лист бумаги. Если картинка не исчезла, снова «возьмите» старательную резинку и «стирайте» ее до полного исчезновения. Через некоторое время упражнение можно повторить.

После выполнения антистрессовых упражнений восстанавливается межполушарное взаимодействие и активизируется нейроэндокринный механизм, обеспечивающий адаптацию к стрессовой ситуации и постепенный психофизиологический выход из нее.