

сти, требует дальнейшего и более глубокого изучения для выявления причин этого, в том числе возможного влияния ракетно-космической деятельности на здоровье жителей данных территорий.

#### Список литературы

1. Адушкин В.В., Козлов С.И., Петров А.В. Экологические проблемы и риски воздействий ракетно-космической техники на окружающую природную среду: Справочное пособие / Под общ. ред. В.В.Адушкина, С.И. Козлова, А.В. Петрова. - М.: Анкил, 2000.

2. Ворожейкин, А.П. Оценка влияния отделяющихся частей вторых ступеней и компонентов ракетного топлива ракет - носителей на окружающую среду Алтайского края/ Ворожейкин А.П., Проскуряков Ю.В., Горбачёв А.В. // Двойные технологии. - 2001. - № 5. - С. 28-30.

3. Колядо, И.Б. Окружающая среда и здоровье населения Алтайского края, проживающего вблизи районов падения отделяющихся частей ракет-носителей, запускаемых с космодрома Байконур / И.Б.Колядо, С.В.Плугин, В.Н.Горбачев // Экологические аспекты природопользования в Алтае-Саянском регионе: материалы международной

научно-практической конференции – Барнаул: Изд. АлтГТУ, 2014 - С.53-58.

4. Лещенко, В.А. Организация выездной диагностической работы и оценка патологической пораженности населения в территориях, прилегающих к районам ракетно-космической деятельности / В.А. Лещенко, Я.Н. Шойхет, В.Б. Колядо, И.Б. Колядо // Сибирский Консилиум: вып. 1 (63). - 2007. - № 8. - С. 32–38.

5. Пузанов А.В., Результаты экологического мониторинга окружающей среды в районах падения отделяющихся частей ракет-носителей Алтае-Саянской горной страны / А.В. Пузанов, С.Н. Балыкин, Д.Н. Балыкин [и др.] // Приоритетные задачи экологической безопасности в районах падения сибирского региона и пути их решения: сб. ст. / 2016. С. 119-127.

6. Шатров, Я.Т. Развитие исследований по выбору трасс пусков и районов падения отделяющихся частей ракет-носителей в целях обеспечения экологической безопасности / Я.Т.Шатров // Космонавтика и ракетостроение. -2017. - № 1 (94). - С. 117-126.

## ДЕТСКИЕ СТРАХИ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.

*Конькова О.М*

*Должность Клинический (медицинский) психолог*

*Тишунин В.В.*

*Должность Травматолог-ортопед*

*Место работы МУЗ «Детская городская больница»*

*Отделение медицинской реабилитации*

## CHILDREN'S FEARS AS A FACTOR OF DEVELOPMENT OF DISEASES.

*Konkova O. M*

*The post Clinical (medical) psychologist*

*Tishunin V.*

*The post the Traumatologist-orthopedist*

*Place of work of MUZ "Children's city hospital"*

*Department of medical rehabilitation*

#### АННОТАЦИЯ.

В статье анализируется проявление страхов на разных этапах развития ребенка. Описывается исследование по выявлению и уточнению преобладающих видов страхов и тревожного состояния детей.

#### ABSTRACT.

The article examines the manifestation of fears at different stages of child development. Describes research on identifying and clarifying the dominant types of fears and anxiety of children.

**Ключевые слова.** Медицинская реабилитация, страх, психосоматические заболевания, неврологические реакции, посттравматический синдром.

**Key words.** Medical rehabilitation, fear, psychosomatic diseases, neurological reactions, post-traumatic stress syndrome.

**Детские страхи** - эмоциональные реакции детей на ситуацию угрозы (реальной или воображаемой) или на опасный в представлении детей объект, переживаемые ими как дискомфорт, желание убежать или спрятаться. Первичная эмоция страха наблюдается уже у новорожденных. Затем страхи

социализируются и возникают как реакции на новые объекты и ситуации. Закрепление в эмоциональной сфере ребенка первичного страха расширяет зону его социальных страхов, повышает чувствительность к носителям угрозы.

Детские страхи пребывания ребенка в больнице вполне обоснованы. Не зависимо от возраста

ребенок испытывает повышенную тревогу и страх. Болезненное отношение к больнице или к госпитализации навеяно не только ожиданием боли уколов, капельниц и различных неприятных процедур, но и страшилками от самих родителей. Многие чтобы успокоить в какой-то ситуации свое «чадо» употребляют: «Будешь ныть, сейчас укол сделаю», «В больницу отправляют, чтобы вылечили» и т.д.

Чаще всего родители замечают то, что с ребенком что-то не так по изменившемуся поведению ребенка. У детей меняется отношение к миру, не замечая изменений в физиологическом состоянии. Он становится, менее устойчив к агрессивному поведению, проявляя не только физическую агрессию к своим сверстникам, но и вербальную даже по отношению к своим близким и дорогим для него людям. Изменяется и эмоциональное состояние от слишком повешенного как гиперактивность, и до астеничного.

И так ребенок, заболев, идя в больницу с мамой для получения квалифицированной помощи невольно чувствует, некую вину «Я же ни чего плохого не сделал, а меня в больницу».

Все обстоятельства сливаются едино. На первое место выходит «Что я сделал?», на второе отлучение их от матери, от самого важного на данном этапе их развития и существования в целом. Далее еще сложнее - постельный режим и вообще понятие «режим» никогда этого не делал, а теперь должен, ограниченность в активности, что вообще недопонимается детьми, правила, существующие во всех больницах (время посещения родными, телефон, компьютер и т.д.)

Многое, конечно, зависит от того, как относится ребенок к своей болезни и пребыванию в больнице. Часто существенное значение приобретает не само заболевание и вызванная им объективная нагрузка, а именно чувства и представления, обусловленные ими, например, фантастическими представлениями, навеянными переживаниями страха. Многое зависит от отношения близкого окружения к болезни ребенка. Перекладывая свои переживания и озабоченность на болезненное дитя своими проговариванием проблемы (с врачом, родными, знакомыми). Страх, беспокойства родителей рисует страшные картины в воображении ребенка. Непонимающе что же все-таки происходит «То ли я виноват в чем-то и меня наказали?» «Может, и правда скоро умру?» «Что происходит?».

Возникающие чувства брошенного ребенка, «вина без вины», страхи несут не только тревогу и страх, но психологические травмы.

Ребенку в стационаре значительно помогает отношение персонала к ребенку и психологическая помощь. Помогая справиться со страхами, в анамнезе ребенка учитываются интересы, привычки ребенка проводится беседа с ребенком на предмет его страха (как он выглядит?)

В отделении медицинской реабилитации работа осуществляется с разно-возрастными детьми,

и по этиологии болезни. Детские страхи могут проявляться в невротических реакциях и психосоматических заболеваниях.

Физические проявления невротических реакций: появление тиков которые выражаются в постоянном вздрагивании (особенно от резких звуков, отдельных звуков и т.д), облизывание, покашливание, подмигивание, подергивание конечностями и головы, движение плечами и туловищем, заикания (на фоне острых психических травм или разлук с родителями, информационных перегрузок), энуреза (неосознанного упускания мочи) и энкопреза, генитальные манипуляции таких проявлений огромное множество.

Психосоматические заболевания и расстройства на современном этапе в объяснении психосоматических заболеваний признается многофакторность - совокупность причин, которые взаимодействуют между собой:

- неспецифическая наследственная и врожденная отягощенность соматическими нарушениями (поломки хромосом, генные мутации);

- наследственная предрасположенность к психосоматическим нарушениям;-

- нейродинамические сдвиги, связанные с изменением деятельности ЦНС - предполагается накопление аффективного возбуждения - тревоги и напряженной вегетативной активности;

- личностные особенности - в особенности - инфантилизм, алекситимия (неспособность воспринимать и обозначать словом чувства), недоразвитость межличностных отношений, трудоголизм;

- черты темперамента, к примеру, низкий порог чувствительности к раздражителям, трудности адаптации, высокий уровень тревожности, замкнутость, сдержанность, недоверчивость, преобладание отрицательных эмоций над положительными;

- фон семейных и других социальных факторов;

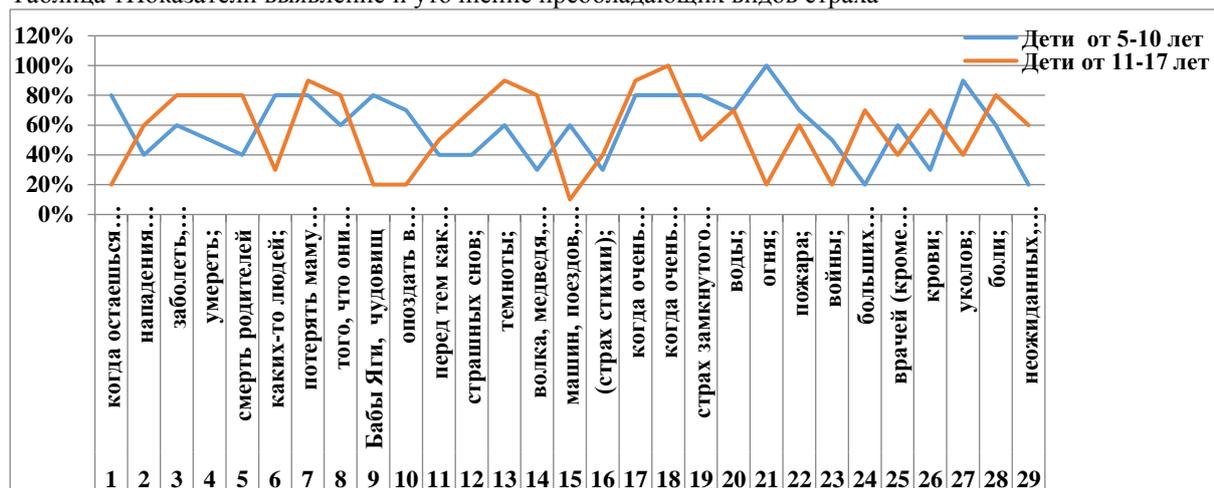
- события, приводящие к серьезным изменениям в жизни (в особенности у детей);

Так чего же боятся дети? Исследование проводилось на базе МУЗ ДГБ г. Волгодонска в отделении медицинской реабилитации. Были обследованы дети в возрасте от 5 до 10 лет и от 11 до 17 лет в количестве 200 человек поступивших в отделение. У большинства детей наблюдаются невротические реакции, а так же психосоматические расстройства.

Для диагностики страхов была выбрана модифицированная беседа о страхах А.И. Захарова по выявлению и уточнению преобладающих видов страхов. Так же использовался опросник личностной и ситуативной тревоги Ч.Д. Спилберга для детей от 11 до 17 лет и тест тревожности Р. Тэммл, М. Дорки, В. Амен для детей от 5 до 10 лет.

По итогам исследования в таблице 1, мы можем увидеть выявленные, и преобладающие виды страхов. Их изменения, интенсивность в процессе взросления детей.

Таблица 1 Показатели выявления и уточнение преобладающих видов страха



Все перечисленные в таблице 1 страхи можно разделить на несколько групп:

- медицинские страхи : боль, уколы, врачи, болезни;
- страхи, связанные с причинением физического ущерба: транспорт, неожиданные звуки, пожар, война, стихии;
- страх смерти (своей);
- боязнь животных ;
- страхи сказочных персонажей;
- страх темноты и кошмарных снов;
- социально-опосредованные страхи: людей, детей, наказаний, опозданий, одиночества;
- пространственные страхи: высоты, глубины, замкнутых пространств;

По диаграмме мы видим, что страхи такие как: медицинские, страхи связанные с причинением физического ущерба, страхи сказочных персонажей, социально-опосредованные страхи с взрослением значительно уменьшаются.

А вот страхи такие как: страх смерти (своей); боязнь животных ; страх темноты и кошмарных

снов, а так же пространственные страхи значительно усиливаются.

В результате изучения уровня индекса тревоги нами был использован тест тревожности Р.Тэмпл, М.Дорки, в.Амен для детей от 5 до 10 лет. Полученные данные таблицы 2 свидетельствуют о том, что большинство детей 40% имеют средний уровень тревоги (показатели в пределах нормы), и 20% детей имеют низкий уровень тревоги (ниже показателя нормы).

В результате эмпирического исследования было выявлено, что 40% детей в возрасте от 5 до 10 лет имеют высокий уровень тревоги от общего числа «тревожных» детей. Что может объясняться процессом адаптации к новой социальной среде.

К окончанию курса лечения количество значительно снижается до 20% «тревожных» детей с высоким уровнем, так же увеличивается показатель детей с средним уровнем тревоги (показатель в пределах нормы) до 75%, как фактор адаптации к новой социальной ситуации и процессу лечения.

Таблица 2 Показатели тревожности детей от 5 до 10 лет в %

Уровень индекса тревоги	Показатели без учета половых различий		Всего в выборке n=100
	поступление	выписка	
Низкий	20	5	
Средний	40	75	
Высокий	40	20	

Оставшиеся 20% это дети, у которых были выявлены и уточнены преобладающие виды страхов такие как: медицинские страхи, страхи, связанные с причинением физического ущерба, страхи сказочных персонажей. А также данные дети с нарушениями в детско-родительских отношениях.

В результате исследования личностной и ситуативной тревоги с помощью опросника личностной и ситуативной тревоги Ч.Д. Спилбергера детей в

возрасте от 10 до 17 лет, полученные данные свидетельствуют о том, что большинство детей 68% испытывают личностную тревогу и 32% ситуативной тревоги. По таблице 3 мы видим, что происходит снижение личностной тревоги до 56% и ситуативной до 12%, 32% в показателях нормы по окончании курса реабилитации.

Таблица 3 Показатели тревожности детей от 10 до 17 лет в %

Уровень тревоги	Показатели без учета половых различий		Всего в выборке n=100
	поступление	выписка	
Личностная	68	56	
Ситуативная	32	12	

Объяснить выявленную тенденцию снижения тревожного состояния и количества страхов можно по нескольким причинам: По мере взросления ребенка возрастает объем знаний, сферы интересов, а так же уровень способностей и навыков.

У детей от 5 до 10 лет важными факторами способствующими повышению тревожности и проявлению страхов, является не только индивидуальные, но и общевозвратные особенности. В возрасте 9-10 лет дети находятся на границе младшего школьного и подросткового возрастов, следовательно, проявление страхов и тревоги могут усиливаться, а так же могут выступать показателями начала возрастного кризиса (в соответствии с периодизацией А.С. Выготского Д.Б. Эльконина). В совокупности данных факторов возможность развития неврологических проявлений, так же и психосоматических возрастает.

Так же и у детей от 11 до 17 лет возрастает риск развития невротических и психосоматических реакций как следствие нарушений в «межличностной» тревожности и увеличение страхов за счет уже имеющегося жизненного опыта. Объяснения очевидны тем, что в этом возрасте ведущий вид жизнедеятельности это - интимно-личностное общение со сверстниками, общение с друзьями являются наиболее значимыми факторами для ребенка и определяет общий ход личностного развития.

Человек имеет способность к приспособлению к различным обстоятельствам; с изменением жизни меняемся и мы сами. Эти перемены позволяют нам выжить, в какие бы условия мы ни попали.

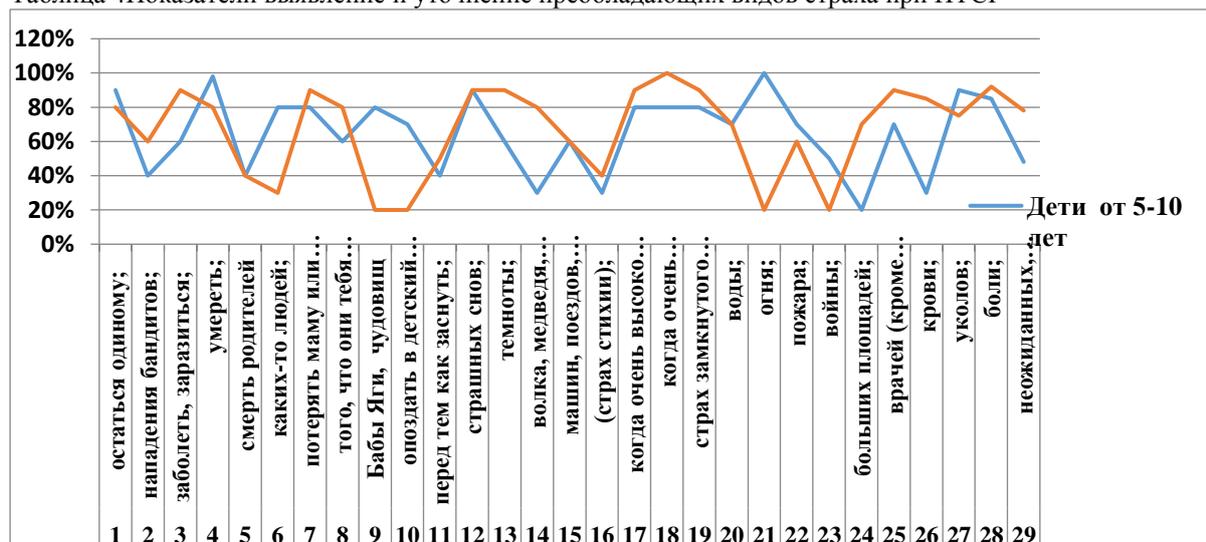
Однако некоторые события жизни, особенно растянувшиеся во времени, способны стать причиной серьезных расстройств психики, таких как посттравматический синдром. Мы имеем в виду, что человек пережил одно или несколько травмирующих событий. Травмирующими событиями могут выступать такие болезни как переломы или операции. Эти события так резко отличаются от предыдущего опыта или причинили настолько сильные страдания, что человек ответил на них бурной отрицательной реакцией.

Нормальная психика в данных ситуациях позволяет человеку смягчить дискомфорт: например меняет свое отношение коренным образом к миру, чтобы облегчить себе жизнь. Клиническими симптомами ПТСР выступают: немотивированная бдительность, притупленность эмоций ( утрачивает способность к эмоциональным проявлениям; трудности в устанавливая близкие контакты и связи с окружающими; становятся недоступны радость, любовь, творческий подъем и т.д); агрессивность то есть решают свои проблемы с помощью силы либо грубости; нарушается память, внимание; наступает депрессия и возрастает общая тревога. Данные симптомы проявляются на физиологическом уровне (ломота в спине, спазмы, головные боли), в психической сфере беспокойства и озабоченность, необоснованная боязнь последствий, так же затрагивает и эмоциональные переживания (постоянное чувства страха, неуверенность в себе и собственных силах, комплекс вины).

После травматический синдром вызывает страх перед реабилитационными мероприятиями и мешает детям вернуться в нормальную жизнь. Остро проявляются медицинские страхи : боль, уколы, врачи, болезни; страхи, связанные с причинением физического ущерба: транспорт, неожиданные звуки, страх смерти (своей); страх темноты и кошмарных снов; социально-опосредованные страхи: людей, детей, наказаний, опозданий, одиночества; пространственные страхи: высоты, глубины, замкнутых пространств.

Мы провели исследование детей поступивших в отделение медицинской реабилитации. До поступления в реабилитационное отделение лечение проводилось консервативными и оперативными методами, в том числе пациенты после длительной мобилизации гипсовыми и пластиковыми повязками, черепно-мозговых травм, повреждение костей скелета мышечно связочного аппарата различных локализаций. Лечение осложнялось заболеваниями ДЦП, реабилитационные мероприятия удлинялись прямо пропорционально тяжести сопутствующего заболевания.

Таблица 4 Показатели выявления и уточнение преобладающих видов страха при ПТСР



При исследовании страхов после ПТСР мы выявили и уточнили преобладающие виды страхов у детей. По таблице 4 мы видим, что показатели преобладающих страхов увеличиваются по сравнению с таблицей 1, где проводили исследование детей с невротическими и психосоматическими заболеваниями. У детей с ПТСР значительно выше показатели медицинских страхов; страхи физического ущерба; смерти; появляется страх к животным; темноты; усиливаются социальные и пространственные страхи. Самый острый страх, конечно, боли и детям страшно давать даже маленькую нагрузку на поврежденные конечности (страх внезапной острой боли). Многие дети даже готовы отказаться от возвращения в нормальную, полноценную жизнь, готовы умереть с данной болезнью. Самыми сложными являются дети с подобными заболеваниями, увеличивается время и ресурсы медицинского персонала для реабилитации детей с ПТСР.

#### Выводы:

В заключение можно сказать, что дети в любом возрасте остаются детьми, при любых заболеваниях и проявлениях необходимо помогать избавиться или облегчить страх. Исследование страхов, изучение их проявлений может существенно помочь в реабилитации детей с неврологическими, психосоматическими или ПТСР проявлениями.

Существует большое количество методов для преодоления страхов. Профилактика страхов состоит, прежде всего, в воспитании таких качеств, как оптимизм, уверенность в себе, самостоятельность. Ребенок должен знать то, что ему положено

знать по возрасту, о реальных опасностях и угрозах, и относиться к этому адекватно. Существующие способы снижения и контроля страха основываются, прежде всего, на теории научения.

Коррекция страхов осуществляется посредством игротерапии, сказкотерапии, арттерапии, куклотерапии, психоэлевации, индивидуально-групповых занятий, улучшения детско-родительских отношений.

При ежедневной работе по снижению страхов и тревожности у детей в реабилитационный период, повышается вероятность к более быстрому выздоровлению.

#### Список литературы

1. Андреева, И. Н. Ситуативная и личностная тревожность подростка [Электронный ресурс]. — 2012. — Режим доступа: <http://www.easyschool.ru>. — Дата доступа: 15.02.2013
2. Дорошкевич, М. П. Неврозы и невротические состояния у детей и подростков: учеб. пособие / М. П. Дорошкевич, В. В. Калужный. — Минск: Беларусь, 2004. — 223 с.
3. Дербенев, Д. П. Психическое здоровье городских подростков и факторы, вызывающие его нарушения / Д. П. Дербенев // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 1997. — № 3. — С. 15–17.
4. Цейтлина, Е. Г. Школьная тревожность [Электронный ресурс]. — Санкт-Петербург, 2012. — Режим доступа: <http://www.vsedeti.ru>. — Дата доступа: 15.02.2013