

УДК 159.915

Селюкова Т.В., ст. преподаватель кафедры психологи деятельности в особых условиях НУГЗУ;

Федосеев В.А., доцент, к. мед. наук, доцент кафедры психологии, Харьковский национальный аэрокосмический университет имени Н.Е. Жуковского «ХАИ»;

Литвинова В.Я., к. психол. наук, доцент кафедры психологии, Харьковский национальный аэрокосмический университет имени Н.Е. Жуковского «ХАИ»

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ НАРУШЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ У ДЕТЕЙ ПЕРЕЖИВШИХ ЭКСТРЕМАЛЬНЫЕ СИТУАЦИИ

У статті розглянуто питання вивчення порушення поведінки у дітей, які зазнали впливу різних видів екстремальних ситуацій з урахуванням особливостей дитячого віку у зв'язку із не сформованістю та незрілістю особистості.

Ключові слова: порушення поведінки, розлади психіки, екстремальні ситуації.

В статье рассмотрены вопросы изучения нарушения поведения у детей, переживших различные экстремальные ситуации с учетом особенностей детского возраста связанных с несформированностью и незрелостью личности.

Ключевые слова: нарушения поведения, расстройства психики, экстремальные ситуации.

Постановка проблеми. Актуальность изучения влияния экстремальных ситуаций на личность ребенка обусловлена возрастанием частоты экстремальных ситуаций в жизни всего мирового сообщества и отдельного человека. Проблема устойчивости личности в нестабильном мире становится насущной; исследования социально-психологических детерминант этой устойчивости выступают фактором обеспечения безопасности жизнедеятельности.

За последнее время чрезвычайные ситуации, как это ни парадоксально звучит, все в большей мере становятся фактом нашей повседневной жизни. При стихийных бедствиях, катастрофах и других экстремальных воздействиях зачастую развиваются как массовые так и индивидуальные психогенные расстройства, обуславливающие дезадаптацию личности. Психопатологические расстройства в экстремальных ситуациях имеют много общего с развивающимися в обычных условиях. Однако есть и существенные различия. Во-первых, вследствие множества психотравмирующих факторов расстройства одновременно возникают у большого числа людей. Во-вторых, их клиническая картина не носит строго индивидуального, как обычно, характера, а сводится к достаточно типичным проявлениям.

Детский возраст, в силу свойственной ему незрелости и несформированности личности, отличается особой склонностью к разнообразным поведенческим и эмоциональным нарушениям, которые, по данным разных авторов, составляют от 55 до 70%. Но эти отклонения поведения редко попадают в поле зрения специалистов, за помощью к которым, как правило, обращаются в тот момент, когда у детей происходит полная дезадаптация как в детском саду и в школе, так и в семье. Раннее выявление отклонений поведения, особенно начальных, легких и большей частью обратимых проявлений, способствует предупреждению развития личностных расстройств у детей. Это является важнейшей задачей профилактического направления отечественной психиатрии.

Изложение основного материала. На основании собственного клинического опыта, в структуре эмоционально-поведенческих расстройств у детей, переживших различные психотравмирующие экстремальные ситуации в отдаленном периоде можно выделить следующие наиболее часто встречающиеся варианты: гиперкинетические расстройства, оппозиционно-вызывающие расстройства, фобические тревожные расстройства, патологические привычные действия, патологическое фантазирование, синдром ухода и бродяжничества, тикозные расстройства.

Гиперкинетические расстройства (гипердинамический синдром, синдром общей двигательной расторможенности) в первую очередь проявляются сочетанием двигательного беспокойства, обилием лишних движений, неусидчивостью с нарушением внимания и отсутствием упорства при выполнении заданий. Нарушенное внимание проявляется преждевременным прерыванием заданий, когда занятие остается неоконченным. Дети часто меняют одну деятельность на другую, быстро теряя интерес, легко отвлекаются на посторонние стимулы. Они нетерпеливы, назойливы, чрезмерно рассеяны, эмоционально лабильны, а в поступках недостаточно целенаправленны и импульсивны, часто безрассудны. Периодами дети бывают конфликтными и агрессивными. Этот синдром более характерен для раннего детского возраста, проявляется во всех ситуациях, обнаруживает постоянство во времени. У мальчиков наблюдается в несколько раз чаще, чем у девочек.

Среди нарушений поведения в детском возрасте нередко наблюдаются оппозиционно-вызывающие расстройства, которые характеризуются наличием заметно вызывающего, непослушного, негативистического, грубого, враждебного, провокационного поведения. Такие дети имеют тенденцию часто и активно игнорировать просьбы взрослых или установленные правила, намеренно досаждают другим людям. Обычно они сердиты и обидчивы, имеют низкий уровень фрустрационной толерантности, легко теряют самообладание, являются зачинщиками ссор. Такое поведение более очевидно во взаимодействии со взрослыми и сверстниками, которых ребенок хорошо знает, он не нарушает законы и

основные права окружающих его людей. С незнакомыми людьми оппозиционно-вызывающие расстройства могут не проявляться.

Другими психическими расстройствами, ведущими к нарушению поведения у детей, являются фобические тревожные расстройства, которые могут отмечаться как в остром периоде, так и в отдаленном. Повышенная готовность к аффекту страха является характерной особенностью детского возраста. У эмоционально чувствительных детей эти страхи отражают возрастной уровень их психического реагирования, в связи с этим представляет большую сложность разграничение психологических и патологических страхов. Критериями патологических страхов являются их беспричинность или явное несоответствие интенсивности страха силе вызвавшего его ситуационного воздействия, затяжной характер, склонность к генерализации, нарушение общего состояния (сна, аппетита, общего самочувствия) и нарушение поведения ребенка под влиянием страхов. Среди многочисленных вариантов страха у детей преобладают боязнь темноты, одиночества и страхи, связанные с объектами, напугавшими ребенка.

Патологические привычные действия включают в себя группу специфических для детей нарушений поведения, в основе которых лежит болезненная фиксация тех или иных произвольных действий. Они больше свойственны раннему детскому возрасту. Наиболее распространенными патологическими привычными действиями являются сосание пальца, кусание ногтей (онихофагия), онанизм (мастурбация), реже встречаются болезненное стремление выдергивать волосы (трихотилломания) и ритмическое раскачивание головой и туловищем (яктация). Нередко эти привычки расценивают как дурные, что далеко не соответствует истине, поскольку они могут быть одним из проявлений психических нарушений. Родители в борьбе с этими привычками часто прибегают к физическим наказаниям, ругают детей, что приводит к усилению психических расстройств и связанных с ними отклонений в поведении.

Синдромы патологического фантазирования – группа состояний, тесно связанных с болезненно измененным творческим воображением. Они включают в себя живость воображения, склонность к смешиванию вымысла, фантазии и реальности. Часто первым признаком синдрома патологического фантазирования выступает своеобразие деятельности ребенка, во время которой он на длительный период способен "перевоплощаться" в животное (волк, заяц, собака), персонаж из сказки, выдуманное фантастическое существо, неодушевленный объект. В поведении ребенок стремиться имитировать облик и действия данного объекта. В отличие от подвижных, быстро меняющихся, тесно связанных с реальностью фантазий здорового ребенка, патологические фантазии довольно стойкие, костные, нередко оторваны от реальности, причудливы

по содержанию, часто сопровождаются нарушением поведения и явлениями дезадаптации.

Синдром ухода и бродяжничества характеризуется повторяющимися уходами ребенка из дома или из школы, поездками в другие районы города или иные населенные пункты, стремление бродяжничать и путешествовать. Наиболее часто этот синдром наблюдается у мальчиков. Динамика синдрома проходит три этапа:

- Психогенная реакция ухода (в связи с психотравмирующей ситуацией или "сенсорной жаждой" – потребностью во множестве новых ярких впечатлений);

- Этап привычных, фиксированных уходов, в основе которых лежит патологический стереотип поведения и определенное усиление влечений (но неимпульсивных);

- Этап импульсивного непреодолимого стремления к уходам и бродяжничеству (т.е. этап истинной дромомании).

В формировании этих расстройств поведения немалая роль принадлежит неблагоприятным микросоциальным факторам (особенно неблагополучным, неполным семьям). Синдром ухода и бродяжничества, как правило, ведет к микросоциально-педагогической запущенности и различным формам асоциального поведения. Кроме того, длительное бродяжничество способствует появлению лживости, стремлению к примитивным удовольствиям, отрицательному отношению к труду, нарушению формирования личности (чаще по неустойчивому типу).

Другим видом отклонения поведения у детей являются тиковые расстройства. Для них характерны произвольные, часто повторяющиеся, неритмичные подергивания мышц лица (мигание, наморщивание лба, шмыгание носом, раскрытие рта, облизывание губ, подергивания щеки и т.д.), артикуляционных и дыхательных мышц (звуки типа "кх", поперхивания, покашливания, тяжелые вздохи, прерывистая, напоминающая заикание речь и т.д.). Главным признаком разграничения тиков от других двигательных нарушений является внезапный, быстрый, переходящий и ограниченный характер движений при отсутствии неврологической патологии. Нередко тики расцениваются взрослыми как гримасы, нарочитое кривлянье и баловство, поэтому они пытаются беспрепятственными замечаниями, запретами или наказаниями устранить их. Но если ребенок и может на некоторое время задержать тики, то затем они возобновляются с большей силой. Причем сознательная задержка тиков далеко не безразлична и оборачивается резким нарастанием внутреннего напряжения, проявляющимся головными болями, раздражительностью и агрессивностью.

Факторы, способствующие девиациям в поведении детей, переживших экстремальные ситуации разнообразны. Основным является психотравмирующее действие самой ситуации. Кроме этого, в развитии их

можно выделить еще несколько видов: биологические факторы, которые включают в себя действие ранних патогенных вредностей на мозг при беременности, родах и в первые три года жизни, приводящие к развитию резидуальной церебрально-органической недостаточности; социальные факторы; психологические особенности, включая возрастной кризис.

Среди социальных факторов, приводящих к нарушению поведения у детей, особое значение имеют нарушенные семейные отношения и неправильное воспитание. Отклонения в поведении чаще предопределяют следующие виды неблагополучных семей: конфликтные, кризисные, проблемные. В конфликтных семьях интересы, потребности и желания ее членов постоянно приходят в столкновение и порождают выраженные отрицательные эмоции. В кризисных семьях это противостояние носит особо резкий характер и захватывает важные сферы жизнедеятельности семьи. К проблемным семьям относятся такие, перед которыми возникли трудные жизненные ситуации, способные нанести ощутимый удар по стабильности семьи (отсутствие жилья и средств, тяжелая и продолжительная болезнь одного из супругов, алкоголизация и наркотизация и т.п.).

Основными ошибками в воспитании, по мнению ряда авторов, являются: непонимание особенностей личностного развития ребенка, его возрастных особенностей (родители думают, что ребенок не хочет, а он не может и т.п.); скрытое или явное эмоциональное отвержение ребенка; несоответствие требований и ожиданий родителей возможностям и потребностям детей; негибкость родителей в отношениях с детьми (недостаточный учет ситуации, несвоевременный отклик, навязывание мнений и др.); непоследовательность в обращении с детьми (переход от одной крайности в другую); несогласованность отношений между родителями в вопросах воспитания.

Выводы. Таким образом, своевременное выявление и коррекция ранних, начальных признаков нарушения поведения у детей может предотвратить развитие выраженных психических расстройств, патологическое формирование личности. Для этого необходимо объединить усилия родителей, воспитателей, педагогов, психологов и врачей. Повышение грамотности родителей в вопросах воспитания, гармонизация семейных отношений, углубление знаний воспитателей и педагогов в вопросах психического здоровья (нормы и патологии) у детей, а также проведение адекватных психотерапевтических мероприятий является наиболее эффективным в лечении и профилактике эмоционально-поведенческих расстройств в детском возрасте.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аверин В. А. Психология детей и подростков / В. А. Аверин. – СПб. : Речь, 1998. – 378 с.

2. Буторина Н. Е. Клиника и динамика непсихотических форм резидуально-органического психосиндрома в детском возрасте / Н. Е. Буторина // Материалы конгресса по детской психиатрии. – М. : РОСИНЭКС, 2001. – С. 172–173.

3. Войтенко Р. М. Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитологии / Р. М. Войтенко // Руководство для врачей и психологов. – СПб. : Питер, 2002. – 256 с.

4. Гурьева В. А. Личностная патология / В. А. Гурьева, В. Я. Гиндикин. – М. : Триада-Х, 1999. – 266 с.

5. Захаров А. И. Как предупредить отклонения в поведении ребенка / А. И. Захаров. – М. : Просвещение, 1986. – 128 с.

6. Исаев Д. Н. Умственная отсталость у детей и подростков / Д. Н. Исаев. – М. : Медицина, 2007. – 389 с.

7. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста / В. В. Ковалев. – М. : Медицина, 1995. – 560 с.

8. Сухарева Г. Е. Лекции по психиатрии детского возраста / Г. Е. Сухарева. – М. : Медицина, 1974. – 320 с.

9. Эйдемиллер Э. Г., Семейная психотерапия / Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкий. – Л. : Медицина, 1989. – 192 с.

УДК 159.923.2

Сергієнко Н.П., доцент, кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології діяльності в особливих умовах НУЦЗУ

Зеленська К.С., магістр соціально-психологічного факультету НУЦЗУ

ПРОФЕСІЙНА ІДЕНТИЧНІСТЬ МАЙБУТНІХ ПСИХОЛОГІВ

У статті зроблений аналіз наукових підходів щодо вивчення ідентичності особистості. Визначено структурні компоненти професійної ідентичності та основні чинники, що впливають на її становлення.

Ключові слова: професійна ідентичність, структура, етапи формування.

В статье сделан анализ научных подходов к изучению идентичности личности. Определены структурные компоненты профессиональной идентичности и основные факторы, влияющие на ее становление.

Ключевые слова: профессиональная идентичность, структура, этапы формирования.

Постановка проблеми. Професійна ідентичність відіграє важливу роль у становленні компетентного спеціаліста. Більшість науковців вважають, що в силу вікових особливостей саме період навчання у вищому навчальному закладі є одним із найважливіших у становленні професійної ідентичності, яка виступає суттєвим аспектом самопізнан-