Электронный научный журнал
«ЛИЧНОСТЬ В МЕНЯЮЩЕМСЯ МИРЕ: ЗДОРОВЬЕ, АДАПТАЦИЯ, РАЗВИТИЕ»
www.humjournal.rzgmu.ru / E-mail: humjournal@rzgmu.ru



ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ
РЯЗАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТ ИМ. АКАД. И.П. ПАВЛОВА

ЛИЧНОСТЬ В МЕНЯЮЩЕМСЯ МИРЕ: ЗДОРОВЬЕ, АДАПТАЦИЯ, РАЗВИТИЕ

ISSN 2307-9886

СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК / 2016 год

СОДЕРЖАНИЕ ВЫПУСКА

Агеенкова Е.К. ПРОИЗВОЛЬНОЕ ПРОЛОНГИРОВАНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА КАК ФАКТОР РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ….9

Аймухамбетова Ю.А. НАРУШЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ ПРИ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА……...14

Алексеев С.А. ВЗАИМОСВЯЗЬ СОМАТИЗАЦИИ И РЕФЛЕКСИИ У СТУДЕНТОВ…17

Алигаева Н.Н. ЭМПАТИЧЕСКИЕ СПОСОБНОСТИ И СУБЪЕКТИВНОЕ ОЩУЩЕНИЕ ОДИНОЧЕСТВА СТУДЕНТОВ РАЗНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ……23

Амвросова М.А. ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ ЕВРОПЕЙСКОГО СЕВЕРА…..28

Андреева Ю.В. ПРОФИЛЬ МЕЖПОЛУШАРНОЙ АСИММЕТРИИ У ДЕТЕЙ С ЗПР КАК ХАРАКТЕРИСТИКА, СВЯЗАННАЯ С УСПЕШНОСТЬЮ РАСПОЗНАВАНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ ДРУГИХ ЛЮДЕЙ.....33

Арипова Д.Р. ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.....38

Ахмедова И.Э., Елагина К.А., Перегудова Н.А. ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕТАФОРИЧЕСКОГО И СИЛЛОГИСТИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА.....42

Ашуров З.Ш., Шин З.В. ОПЫТ ПСИХООБРАЗОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ.....48

Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М., Шаикрамов Ш.Ш. РОЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ШИЗОАФФЕКТИВНОГО РЕГИСТРА У ЖЕНЩИН С УЧЁТОМ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ.....54

Березуцкий И.В. НЕЙРО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ОСНОВА ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ.....60

Березуцкий И.В. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОМПЛАЕНТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.....66

Бибекова Ж.Б. ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ГЛАУКОМОЙ, С РАЗНЫМ ТИПОМ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....72

Билык Е.В., Киселева П.А. ОСОБЕННОСТИ МЕТАФОРИЧЕСКОГО И СИЛЛЛОГИСТИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИНИЕЙ.....77

Большакова П.Д. ЗНАЧИМОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ЧАСТНОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....81

Бочек Ю.В., Зарубина Н.В. ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И ЛИЧНОСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ.....85

Брюхович А.М., Окулова Е.О. ОЦЕНКА УРОВНЯ СТИГМАТИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В И С У ЛЮДЕЙ С МЕДИЦИНСКОЙ ПОДГОТОВКОЙ И БЕЗ ПОДГОТОВКИ.....90

Бутаков И.Н. СРАВНЕНИЕ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ У НАРКОЗАВИСИМЫХ ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....94

Вагизова Р.Р. ДИНАМИКА ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ ДЕПРЕССИИ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРИМЕНЕНИЯ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ.....100

Василевская Е.А. ПРЕОДОЛЕВАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ КАК УСПЕШНОСТЬ ПЕРЕЖИВАНИЯ КРИТИЧЕСКИХ СИТУАЦИЙ ПЕДАГОГАМИ.....105

Волкова О.Г. ОСОБЕННОСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА В ЖИЗНИ В ПСИХОЛОГИИ И МЕДИЦИНЕ.....111

Волчкова Ю.В. МЕТОДЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИМ АЛКОГОЛЕМ.....115

Гагарина М.А. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ СЛАБОВИДЯЩИМ ЛЮДЯМ.....121

Гарбузникова В.В. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТА С НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ.....127

Гаурилюс А.И. ХАРАКТЕРИСТИКА ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ У МОЛОДЕЖИ..130

Горовая А.Ю. ГЕНДЕРНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ПСИХОПАТОЛОГИЙ.....134

Горовая А.Ю. ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ В ПСИХОКОРРЕКЦИИ ЛИЦ С ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАВИСИМОСТЯМИ.....137

Гребень Н.Ф. ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕЖИВАНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ЗНАЧИМОСТИ БОЛЕЗНИ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ПОЛОМ И ТЯЖЕСТЬЮ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ОРТОПЕДИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.....140

Дуденко Т.В., Павлова Е.В. ВОЗМОЖНОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ РАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА МЛАДШИХ ПОДРОСТКОВ С ОРГАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ И ПОВЕДЕНИЯ В УСЛОВИХ ИНТЕРНАТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ.146

*Ермуханова Л.С., Муханбедиярова А.Ж., Ережепов Б.Е., Дарыбаева Ж.Ш., Конысбай К.Э., Ахметова С. А., Жумалиев А.В.*СУИЦИД – КАК СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СРЕДИ МОЛОДЕЖИ И ПОДРОСТКОВ Г.АКТОБЕ.....152

Завгородняя И.В. ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ КАК СФЕРА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПСИХОЛОГА.....155

Запорожченко Д.С. ИССЛЕДОВАНИЕ САМОРЕГУЛЯЦИИ ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОТИПИЧЕСКОГО КРУГА.....161

Заргарьян Д.А. СОВРЕМЕННЫЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ РЕШЕНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ НЕДУГОВ.....167

Зорин Р.А., Жаднов В.А., Лапкин М.М. СПЕЦИФИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....172

Зуб А.В., Никифорова Е.М. ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА, НАХОДЯЩИХСЯ НА РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБАХ ДОСТАВКИ ИНСУЛИНА.....178

Иванова Л.Г., Мигачев Д.В., Alex Sukharevsky, Иванова Е.Д. ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БИОМАРКЁРОВ СОСТОЯНИЯ В ПСИХОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ.....182

Иванова Л.Г., Мигачев Д.В. РОЛЬ ПСИХОЛОГИИ В МОДЕЛИ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО ПРЕВЕНТИВНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....185

Казаева А.В., Носкова М.В. КУЛЬТУРА СООБЩЕНИЯ ПЛОХИХ НОВОСТЕЙ В ПРАКТИЧЕСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ: КОНЦЕПЦИЯ ФОРМИРОВАНИЯ.....189

Карасева Д.Д., Шульга Т.И. СНИЖЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ УРОВНЯ АГРЕССИВНОСТИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МОЛОДЕЖИ.....195

Ким Д.А. ВЛИЯНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НА ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА.....198

Кляузова Д.П. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ МАТЕРЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С АНАФИЛАКСИЕЙ.....204

Князева А.В. АУТИЗМ – ПРОБЛЕМА 21 ВЕКА.....208

Комарова Ю.Ю. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ, ПЕРЕЖИВШИМ РАЗВОД РОДИТЕЛЕЙ.....212

Коробова Н.С. БАЗИСНЫЕ УБЕЖДЕНИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ГОТОВНОСТЬ К МАТЕРИНСТВУ У БЕРЕМЕННЫХ И НЕБЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН.....218

Королькова Е.Р. ВЫЯВЛЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА ГЕСТАЦИОННОЙ ДОМИНАНТЫ У ЖЕНЩИН С СОХРАННОЙ И НАРУШЕННОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИЕЙ.....224

Коротаева Н.В., Ипполитова Л.И., Черномазова Е.А., Жидяева А.Л., Першина Е.С. ВЫЯВЛЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И СИТУАЦИИ МАТЕРИНСТВА У МАТЕРЕЙ МАЛОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ.....230

Кудрявцева О.В. ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА ЗДОРОВЬЯ В КОНТЕКСТЕ СКАЗКОТЕРАПИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ.....236

Курушкина В.А. ОСОБЕННОСТИ ПРОСТРАНСТВЕННОГО ВОСПРИЯТИЯ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ.....241

Лазарева А.Д., Шабуров А.Е. ВОСПРИЯТИЕ ОБРАЗА ТЕЛА У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА.....246

Литвинова Е.В., Шкирман Р.С., Смирнова С.В. ВЛИЯНИЕ АКТУАЛЬНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ РОДИТЕЛЕЙ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ РЕБЕНКА. АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.....252

Лозовая Г.Ф., Демьянчук С.В. ОБУЧЕНИЕ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ ТЕХНИКЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ БЕСЕДЫ И ОБЩЕНИЯ С БОЛЬНЫМИ.....258

Максимова К.В., Измайлова Е.В. СТРАТЕГИИ ПСИХОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ ДО И ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СОЛИДНЫХ ОРГАНОВ.....265

Манина В.А. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В ПРЕОДОЛЕНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ БАРЬЕРОВ.....269

Мелёхин А.И. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ДЕЗОРИЕНТАЦИИ ВО ВРЕМЕНИ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ.....275

Миронова Е.А. ВЛИЯНИЕ САМООЦЕНКИ СУПРУГОВ НА ИХ УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ БРАКОМ.....281

Муравцова М.В. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ.....287

Ничуговский А.А., Есманская Н.Е. ПРОБЛЕМЫ МОНОТОНИИ КАК НЕГАТИВНОГО ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У СТУДЕНТОВ В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ.....293

*Новгородова Е. Ф.*КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ-ИМИГРАНТОВ.....297

Опарин К.С. СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ВЗАИМООТНОШЕНИЯМ ПРОВИЗОРА И ПОСЕТИТЕЛЯ АПТЕКИ.....301

Павленко В.А. ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ ЖЕНЩИН С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ.....307

Перебейносов В.Л., Мирошник А.А., Смирнова С.В. РОЛЬ ПОЗИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЯТРОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....315

Перегуда Д.В., Николаевская А.О. ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В СТРУКТУРЕ ЛИЧНОСТИ КУРЯЩИХ ПОДРОСТКОВ.....318

Пинегина Н.М. ОТНОШЕНИЕ К СМЕРТИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С РАЗНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СТРАТЕГИЕЙ.....322

Ременюк Ю.О., Бурина Е.А. ИЗУЧЕНИЕ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА О ФЕТАЛЬНОМ АЛКОГОЛЬНОМ СИНДРОМЕ.....328

Рудакова Д.А., Федотов И.А. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАЩИТЫ И КОПИНГ У ЛЮДЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ПРИВЯЗАННОСТИ.....334

Рузиева Г.Х., Парпиев Ш.Р. СУИЦИД СРЕДИ ВРАЧЕЙ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА.....338

Садыкова А.А., Абдуллаева В.К. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ.....344

Сайдалиходжаева Д.Г., Абдуллаева В.К. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МАТЕРИНСКОГО ОТНОШЕНИЯ К РЕБЕНКУ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ.....350

Сайфуллина Н.А. СПЕЦИФИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЕРОЯТНОСТНОГО ПРОГНОЗИРОВАНИЯ В КОНТЕКСТЕ СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РЕЧЕВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....356

Сафонова А.С., Золотова И.А. ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА ГЕСТАЦИОННОЙ ДОМИНАНТЫ У ЖЕНЩИН, БЕРЕМЕННОСТЬ КОТОРЫХ ЗАКОНЧИЛАСЬ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ.....360

Синцова С.В., Вотинцев А.Е., Заболотских Е.М. КЛИНИЧЕСКИЙ ПСИХОЛОГ И ВРАЧ, СОВМЕСТНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.....366

Соловьев А.Г., Давыдов А.В. ЛИРИКОАДДИКТОПРОФИЛАКТИКА В СОЦИАЛЬНОЙ ПРЕВЕНЦИИ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ.....372

Смирнова Э.В. ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА ЗДОРОВЬЯ В СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ КОНТЕКСТЕ.....378

Солодухин А.В., Трубникова О.А., Малева О.В., Серый А.В., Яницкий М. С., Барбараш О.Л. ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА, ПЛАНИРУЕМЫХ НА КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ.....384

Сонникова Анна Сергеевна АНАЛИЗ СЕМЬИ КАК ИСТОЧНИКА ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМАТИЗАЦИИ БОЛЬНОГО В РАБОТЕ ПСИХОЛОГА.....388

Сотникова В.В., Прядко А.О. ВЛИЯНИЕ ТИПА ТЕМПЕРАМЕНТА НА ЗДОРОВЬЕ ПАЦИЕНТОВ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ.....393

Столярова В.В. ТЕАРПИЯ ВОСПОМИНАНИЯМИ.....399

Сушкова Е.В. ГЕНДЕРНАЯ СПЕЦИФИКА И ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ОНКОЛОГИЕЙ.....403

Таусинова О.К. ПЕРЕЖИВАНИЕ НАСИЛИЯ: ПСИХОСИНЕРГЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМЕ.....408

Толмачева В.А. СЕМЬЯ С ОСОБЫМ РЕБЁНКОМ.....412

Толочина Ю.В. ОБЫДЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ НАРКОЗАВИСИМЫХ ОБ ЭМОЦИЯХ.....417

Фанайлова Э.В. ОСОБЕННОСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ.....423

Хазеева А.И., Валеева Л.Р. РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМА И ПРОГРАММНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОБЪЕМА ВНУТРИМОЗГОВОЙ ГЕМАТОМЫ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ.....429

Харчева Ж.В., Логинова И.О. ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ ПСИХОЛОГИЕЧСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ГОРОДА КРАСНОЯРСКА.....433

Чобот Д.В., Пешехонова А.А. МЕТОДЫ ПРОТИВОСТОЯНИЯ ИЗВЕЧНОМУ ВРАЧЕБНОМУ СТРЕССУ.....439

Шелест А.С., Носкова М.В. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ.....443

Шкляев А.Е., Валиева Р.А., Галяliева Л.А. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ.....448

ПРОИЗВОЛЬНОЕ ПРОЛОНГИРОВАНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА КАК ФАКТОР РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Агеенкова Екатерина Кузьминична
БГПУ им. М. Танка, Минск, Беларусь

Ключевые слова: психосоматика, сердечно-сосудистые заболевания, пролонгирование психоэмоционального стресса.

Количество больных седечно-сосудистых заболеваний остается высоким в современном обществе. Даже разработка эффективных способов их лечения не приводит к снижению смертности от этих болезней. Во многом это обусловлено тем, что, несмотря на признание того факта, что в их формировании участвует психическая составляющая, в настоящее время слабо разработаны специфические психокоррекционные подходы в работе с больными соматическими заболеваниями.

Анализ современных литературных источников, посвященных поиску психологических механизмов развития психосоматических отношений, показывает, что он в основном фокусировался на попытке установить так называемый «личностный профиль» или «соматотип», который может явиться преморбидом по отношению к тем или иным заболеваниям, или который специфичен для лиц, страдающих ими. Еще одним из популярных направлений исследований в области психосоматики является попытка рассмотрения личности больного с позиций различных психологических школ, особенно с использованием понятийного аппарата психоанализа [1]. Однако более углубленные исследования показали несостоятельность теории «личностного профиля». Также можно

утверждать, что широко освещаемые в научных публикациях невротические проявления при психосоматических заболеваниях, выявленные у больных людей, также не могут свидетельствовать об их преморбидности [2]. Психоаналитический механизм развития хронических соматических заболеваний, определяемый З Фрейдом как разрешение психического конфликта через заболевания тела, представляет интерес только как теория. Предложенная психоаналитиками психотерапия является чрезвычайно трудоемкой и напрямую не сосредоточена на терапии конкретного заболевания.

Наши исследования осуществлены на эпидемиологической и на клинической моделях с применением данных психологических, психофизиологических, клинических и клинико-эпидемиологических исследований, проводимых в Институте кардиологии Беларуси в конце прошлого века. Всего обследовано около 1,5 тыс. человек.

Анализ результатов исследования показал, что для больных артериальной гипертензией (АГ) более значимо состояние эмоционального напряжения, возникающее не столько во время психоэмоциональной нагрузки, а сколько после него, что было указано в ряде наших публикаций [2]. Опрос больных также показал, что они являются долго помнящими и длительно переживающими людьми, т. е. для них характерно отсутствие способности быстро восстановить эмоциональное равновесие. Больные АГ после любых событий, даже незначительных стрессовых ситуаций, мысленно представляют их заново, причем даже с большей эмоциональностью, чем первоначально. Это явление было обозначено нами как «пролонгирование психоэмоционального стресса». При этом оно было подтверждено и экспериментально. Выявлено, что у лиц с АГ в отличие от здоровых и больных неврозами, наблюдалось более выраженное реагирование артериального давления и пульса на «информационную пробу». При этом у них длительное время (в среднем более 10 мин) сохранялись более

высокие по сравнению с фоном показатели артериального давления и пульса. У большинства же здоровых и больных неврозами эти показатели возвращались в фоновое состояние в пределах отведенных 10 минут. Данные опроса также указали на более интенсивное переживание больными АГ эмоционально значимых ситуаций и сохранение эмоциональных состояний достаточно длительное время в связи с произвольным их «удержанием» в представлениях [3].

Эмоционально окрашенные представления вызывают такое же напряжение организма, как и реальные жизненные ситуации. Это подтверждается психофизиологическими экспериментами, когда испытуемым вместо нагрузочных проб предлагают вспомнить происшествия, вызывающие неприятные воспоминания [4]. Таким образом, формируется замкнутый круг, постоянное поддерживание организма на уровне экстремального функционирования, которое, согласно теории стресса Г.Селье, необходимо должно привести к дисстрессу – патологическому срыву его деятельности.

Ряд исследователей также указывали на «сверхбыстрое извлечение из памяти прошлого эмоционального опыта» при психосоматической патологии [5]. Я. Рейковский также обнаружил, что сила эмоциональной реакции на стимул увеличивается со временем после окончания его действия [6]. Г. Ф. Ланг писал, что в основе гипертонической болезни в ее первом периоде следует предполагать состояние патологической инертности или застойности процессов раздражения высших, регулирующих кровяное давление, нервных центров [7]. К. В Судаков также обнаружил, что при сердечно-сосудистых нарушениях возбуждение обладает способностью длительно удерживаться в центральной нервной системе и на биохимическом уровне даже после прекращения действия вызвавших его раздражителей [8].

Наблюдения также показали, что у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями имеется выраженный гипертонус отдельных мышц тела, что позво-

ляет рассматривать психосоматическое заболевание с позиций телесно-ориентированных личностных теорий.

Выявленные закономерности позволили произвести выбор и совершенствование психокоррекционных методов как для профилактики, так и для сопутствующей терапии сердечно-сосудистых заболеваний. Многолетний опыт позволил нам остановить свой выбор на обучении больных приемам психической саморегуляции. В нашей работе были проведены анализ и классификация имеющих место практических приемов саморегуляции эмоциональных состояний [9]. При этом приемы, основанные на знании психотехники (приемы контроля мышления, приемы контроля дыхания, статические и динамические приемы регуляции мышечного тонуса) непосредственно направлены на «приостановку» процесса пролонгирования эмоционального состояния, которое по нашим данным является фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Мы полагаем, что владение данными приемами позволяет каждому человеку самостоятельно справляться с возникающими проблемами, предупреждать развитие негативных эмоциональных состояний, а также способствовать терапии сердечно-сосудистых заболеваний.

Список литературы:

1. *Агеенкова Е.К. Психосоматические аспекты развития сердечно-сосудистых заболеваний. (История вопроса) / Е.К. Агеенкова // Веснік Беларускага дзяржаунага універсітэта. Серыя 3. 1999. №2. С. 56-60.*

2. *Агеенкова Е.К. Психологические факторы в развитии сердечно-сосудистых заболеваний / Е.К. Агеенкова // Медицинская панорама.* 2001. *№5(13). С. 30-33.*

3. *Агеенкова Е.К. Особенности эмоционального реагирования как фактор риска артериальной гипертензии / Е.К Агеенкова, Е.С.Асташенкова //*

Психосоциальная адаптация в трансформирующемся общества: психология здоровья и здорового образа жизни. Минск: Издательский центр БГУ, 2011. С. 2-6.

4. Ругявичус М.Б. Реакция сердечного ритма на эмоциональное воздействие и психологические особенности больных грудной жабой и нейроциркуляторной дистонией: Автореф. дисс. канд. психол. наук. / М.Б. Ругявичус. Л., 1981. 18 с.

5. Тополянский В.Д. Психосоматические расстройства / В.Д. Тополянский, М.В., Струковская. М.: Медицина, 1986. – 384 с.

6. Рейковский Я. Экспериментальная психология эмоций / Я. Рейковский. М.: Прогресс, 1979. 392 с.

7. Ланг Г.Ф. Гипертоническая болезнь и центральная нервная система / Г.Ф. Ланг. // Избранные труды. Л.: Медицина, 1975. – С. 37-53.

8. Судаков К.В. О природе «застойного» возбуждения при эмоциональном стрессе как основы сердечно-сосудистых нарушений / К.В. Судаков. // Кардиология. 1983. № 4. С. 10-16.

9. Агеенкова Е.К. Я справлюсь: Приемы психической саморегуляции / Е.К. Агеенкова. Минск: Кологрaд, 2016. – 88 с.

НАРУШЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ ПРИ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Аймухамбетова Юлия Александровна
ФГБОУ ВПО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград, Россия

Ключевые слова: сосудистые заболевания головного мозга, высшие психические функции, нейропсихологическая диагностика.

Сосудистые заболевания головного мозга – актуальная проблема здравоохранения, поскольку в последнее время они являются одними из частых причин инвалидизации и смертности населения. Данные заболевания вызывают расстройство эмоционально-личностной и когнитивной сферы, нарастающее с каждым этапом развития заболевания [1].

Особое значение в процессе диагностического исследования и коррекционного воздействия в работе с больными с неврологической патологией имеет реализация принципов комплексности и взаимодействия всех работающих с пациентом специалистов [2].

Целью данного исследования было выявление структуры нарушений высших психических функций при экзогенно-органических поражениях головного мозга сосудистого генеза.

Экспериментальное исследование проводилось на базе неврологического отделения ГБУЗ Волгоградской Областной Клинической Больницы №1. В данном исследовании приняли участие 38 человек, 18 из них составили экспериментальную группу, 20 – группу сравнения. В экспериментальную группу были включены пациенты с дисциркуляторной энцефалопатией (10 человек) и церебральным атеросклерозом (8 человек), возраст испытуемых данной группы пре-

имущественно пожилой, от 65 до 71 года. Количество женщин в экспериментальной группе – 12 , мужчин – 6.

Для достижения цели нами были использованы 3 группы методов: теоретические (анализ и обобщение данных научных источников), экспериментально-психологические (методика «10 слов» А. Р. Лурии, методика «Корректурная проба» Б. Бурдона), нейропсихологические (пробы, направленные на исследование зрительного и зрительно-пространственного гнозиса, пространственного и динамического праксиса, фонематического восприятия).

Факторный анализ полученных в результате исследования данных позволил нам выявить структуру нарушений психической деятельности у больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга. Вовлеченными в патологический процесс, оказались как передние, так и задние отделы коры больших полушарий головного мозга. Также нами было выявлено, что для экспериментальной группы характерны легкие нарушения зрительного предметного гнозиса, легкие нарушения кратковременной и умеренные нарушения долговременной памяти. Кроме этого отмечаются умеренные нарушения внимания, легкие расстройства пространственного и динамического праксиса, умеренные нарушения фонематического восприятия. Исходя из результатов исследования, можно сказать и о том, что для группы сравнения, также характерны нарушения психической деятельности, такие как легкие нарушения кратковременной памяти, легкие нарушения внимания и легкие нарушения динамического праксиса. По нашему мнению, данный факт может быть связан с влиянием стресса и вызванной им повышенной истощаемостью психической деятельности.

Полученные данные должны учитываться в процессе проводимой с больными психокоррекционной работы.

Таким образом, в ходе проведенного исследования была выявлена структура нарушений высших психических функций при экзогенно-органических

поражениях головного мозга сосудистого генеза. Учет полученных данных позволит построить процесс оказания помощи больным более эффективно.

Список литературы:

1.Цукурова Л. А., Бурса Ю.А.Факторы риска, первичная и вторичная профилактика острых нарушений мозгового кровообращения // Русский медицинский журнал. – 2012. – №10. – С. 494.

2. Туровская Н.Г., Курушина О.В., Деларю В.В. Неврологическая и психологическая оценка развития ребенка первого года жизни // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2015. – №4 (56). – С. 3–8.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СОМАТИЗАЦИИ И РЕФЛЕКСИИ У СТУДЕНТОВ

Алексеев Станислав Алексеевич

ФГБОУ ВО ЧелГУ, г. Челябинск, Россия

Ключевые слова: рефлексия; соматизация; студенты вуза

В последние годы проблема психосоматического здоровья студентов приобрела особую актуальность. Студенчество – это значимая социальная группа нашего общества, состояние здоровья которой является индикатором будущего трудового, экономического, культурного потенциал общества. Под «соматизацией» понимают функциональные расстройства той или иной системы без достаточного органического основания, но при важной роли психологических и социальных факторов [4; 5]. Одним из психологических факторов соматизации является нарушение рефлексивных процессов. Под рефлексией в современной психологии понимается внутренняя деятельность человека, ориентированная на самопознание, осмысление своих действий и состояний [2]. А.В.Карпов рассматривает рефлексию как процесс, значимый для саморегуляции [1]. Результаты многих исследований показали, что нарушения рефлексии могут приводить к различным психологическим нарушениям и соматизации [2; 3; 5]. Знание механизмов включенности в психосоматическую регуляцию различных видов рефлексии важно для оптимизации состояний субъекта. Несмотря на очевидную актуальность исследования рефлексивности и соматизации, особенности их взаимосвязи у студентов до сих пор остаются малоизученными.

Цель исследования – изучить взаимосвязь соматизации и рефлексии у студентов вуза.

Обследовано 30 студентов III и IV курсов очного отделения Челябинского государственного университета в возрасте 20-22 лет. В исследовании использовались «Методика определения индивидуальной меры рефлексивности» А.В. Карпова и В.В. Пономаревой, «Дифференциальный тест рефлексии» Д.А. Леонтьева, Е.М. Лаптевой, Е.Н. Осина и А.Ж. Салиховой, «Гиссенский опросник соматических жалоб» и «Психовегетативный опросник» М.Е. Сандомирского. Для математико-статистического анализа данных применялся критерий ранговой корреляции Ч. Спирмена.

Результаты исследования рефлексивности по методике А.В. Карпова и В.В. Пономаревой представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Средние значения показателей рефлексивности в группе

Исследуемые параметры	Среднее значение
Общий показатель рефлексивности (баллы)	119,57 ± 17,05
Общий показатель рефлексивности (стэны)	4,20 ± 2,02
Ретроспективная рефлексия деятельности	33,93 ± 5,82
Рефлексия настоящей деятельности	33,86 ± 5,87
Рассмотрение будущей деятельности	36,04 ± 5,80
Рефлексия общения и взаимодействия с другими	35,96 ± 6,02

Согласно данным в таблице 1, в исследуемой группе средние значения всех видов рефлексии соответствуют нижней границе среднего уровня. Это означает, что испытуемые лишь изредка задумываются над собственной деятельностью и испытывают трудности в понимании поведения других людей.

Результаты исследования рефлексии по методике «Дифференциальный тест рефлексии» Д. А. Леонтьева и соавторов представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Средние значения показателей рефлексии в группе

Исследуемые параметры	Средние значения
Системная рефлексия	35,20 ± 5,70
Интроспекция	22,40 ± 4,80
Квазирефлексия	23,43 ± 4,92

Согласно данным в таблице 2, средние значения показателей системной рефлексии в исследуемой группе соответствуют нижней границе среднего уровня. Это означает, что у испытуемых недостаточно развита способность посмотреть на себя со стороны. Средние значения показателей интроспекции соответствуют среднему уровню. Это означает, что у испытуемых умеренно выражена склонность к сосредоточению на собственном состоянии и собственных переживаниях. Средние значения показателей квазирефлексии соответствуют нижней границе среднего уровня. Иными словами, испытуемым в целом не свойственно уходить в резонерство и беспочвенные фантазии.

Результаты исследования соматизации с помощью «Гиссенского опросника соматических жалоб» представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Средние значения показателей соматизации

Исследуемые параметры	Средние значения
Истощение	6,43 ± 4,51
Желудочные жалобы	2,93 ± 3,69
Ревматический фактор	6,17 ± 4,59
Сердечные жалобы	2,47 ± 2,89
Давление жалоб	18,00 ± 12,64
Физическая природа жалоб	1,90 ± 1,12
Психологическая природа жалоб	1,53 ± 1,07

Согласно данным в таблице 3, в исследуемой группе средние значения показателей всех исследуемых параметров соматизации в целом соответствуют среднестатистическим нормативам для здоровых лиц данного возраста. По мнению испытуемых, их недомогания отчасти обусловлены физическими причинами, отчасти – психологическими факторами.

Результаты исследования соматизации с помощью «Психовегетативного опросника» М. Е. Сандомирского представлены в таблице 4.

Таблица 4 – Средние значения психовегетативных показателей

Исследуемый параметр	Среднее значение
Степень преобладания парасимпатического или симпатического отдела вегетативной нервной системы	10,68 ± 9,94

Согласно данным в таблице 4, в исследуемой группе средние значения психовегетативных показателей свидетельствуют об относительном равновесии симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы.

С помощью критерия Спирмена мы исследовали взаимосвязь между показателями рефлексивности и соматизации. В результате корреляционного анализа установлено, что в исследуемой группе студентов показатели шкалы «Системная рефлексия» образуют значимые прямые корреляции с показателями:

– шкалы «Физическая природа жалоб» ($r=0,380$; $p\leq0,05$);

– шкалы «Психологическая природа жалоб» ($r=0,404$; $p\leq0,05$).

Согласно результатам корреляционного анализа, показатели шкалы «Интроспекция» образуют значимые прямые связи с показателями:

– шкалы «Истощение» ($r=0,368$; $p\leq0,05$);

– шкалы «Желудочные жалобы» (r=0,552; p≤0,01);

– шкалы «Давление жалоб» (r=0,390; p≤0,05);

– шкалы «Степень преобладания симпатического или парасимпатического отдела вегетативной нервной системы» (r=0,366; p≤0,05);

– шкалы «Соматизация» (r=0,420; p≤0,05);

– «Индекс симптоматического дистресса» (r=0,468; p≤0,05).

Согласно результатам корреляционного анализа, показатели шкалы «Рефлексия общения и взаимодействия с другими людьми» образуют значимые прямые связи с показателями шкалы «Психологическая природа жалоб» (r=0,365; p≤0,05).

Таким образом, результаты исследования выявили значимые связи между показателями рефлексивности и соматизации у студентов. Индивиды с высоким уровнем системной рефлексии более склонны приписывать происхождение соматических симптомов как объективным, так и субъективным факторам, тогда как испытуемым с низким уровнем системной рефлексии свойственная низкая степень осознания причин имеющихся у них соматических нарушений. У индивидов с высоким уровнем интроспекции (самокопания) более выражены проявления физического истощения и нарушений функций желудочно-кишечного тракта, более выражены общая интенсивность соматических проявлений и нарушение равновесия между симпатическим и парасимпатическим отделами вегетативной нервной системы, свойственны более высокие показатели соматизации и индекса тяжести симптоматического дистресса. Индивиды с высоким уровнем рефлексии общения и взаимодействия с другими людьми в наибольшей степени склонны признавать психологическую обусловленность собственных соматических расстройств.

Список литературы:

1. Карпов А.В. Психология рефлексивных механизмов деятельности / А.В. Карпов. – М.: Изд-во Института психологии РАН, 2004. С. 391-396.

2. Леонтьев Д.А. Феномен рефлексии в контексте проблемы саморегуляции / Д.А. Леонтьев, А.Ж. Аверина // Психологические исследования. 2011. № 2. С. 12.

3. Рагозинская В.Г. Нейрофизиологические корреляты эмоциональных состояний у пациентов с психосоматическими расстройствами / В.Г. Рагозинская, С.Л. Соловьева, В.И. Николаев // Профилактическая и клиническая медицина. 2009. № 2. С. 202-205.

4. Холмогорова А.Б. Соматизация: история понятия, культуральные и семейные аспекты, объяснительные и психотерапевтические модели / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян // Консультативная психология и психотерапия. 2000. № 2. С. 5–50.

5. Barsky A.J. Amplification, somatization, and the somatoform disorders / A.J. Barsky // Psychosomatics. 1992. Vol. 33(1). P. 28–34.

ЭМПАТИЧЕСКИЕ СПОСОБНОСТИ И СУБЪЕКТИВНОЕ ОЩУЩЕНИЕ ОДИНОЧЕСТВА СТУДЕНТОВ РАЗНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

Алигаева Нигар Назимовна

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, Россия

Ключевые слова: эмпатия, субъективное ощущение одиночества, эмоциональное состояние.

Профессии врача и психолога характеризуются постоянным эмоциональным взаимодействием с большим количеством людей (пациенты и их близкие, коллеги, средний и младший медицинский персонал) и ответственностью за физическое и психическое здоровье пациентов. Способность к сопереживанию, правильному взаимодействию, установлению доверительных отношений являются важными качествами данных специалистов, но люди, работающие в этих профессиях больше всего подвержены синдрому эмоционального выгорания (СЭВ), поскольку инструментом работы здесь является непосредственно личность самого специалиста, свойства его характера, его способности. Одним из симптомов СЭВ является преобладание чувства одиночества. [3]

Но может ли уровень развития их эмпатических способностей влиять на степень субъективного ощущения одиночества?

Цель работы: исследовать связь между эмпатическими способностями студентов разных специальностей и субъективным ощущением одиночества.

Для достижения данной цели необходимо решить следующие **задачи:**

1) провести теоретический анализ литературы по проблеме исследования, рассмотреть понятия «эмпатия» и «одиночество»;

2)подобрать методики для диагностики уровня эмпатических способностей и субъективного ощущения одиночества;

3) провести эмпирическое исследование с помощью данных методик;

4) проанализировать полученные результаты и сопоставить показатели студентов разных специальностей.

Объектом исследования является субъективное ощущение одиночества студентов разных специальностей.

Предмет: связь эмпатических способностей и субъективного ощущения одиночества студентов разных специальностей.

Гипотеза: существует определенная (корреляционная) связь между эмпатическими способностями студентов разных специальностей и субъективным ощущением одиночества.

Существует несколько подходов к рассмотрению феномена «одиночество». Первый подход– рассмотрение одиночества как некой социальной ситуации, порождающей определенное эмоциональное состояния. В этих определениях главным критерием выступает степень изолированности человека от социума. Второй подход– рассматривание одиночества в первую очередь как психического или эмоционального состояния. Здесь также можно выделить несколько основных источников одиночества: 1) одиночество– состояние, возникающее в ответ на деривацию личностных потребностей; 2) одиночество– результат когнитивного диссонанса; 3) одиночество– результат особенностей личности. Третий подход функциональный, здесь одиночество рассматривается как механизм адаптации и регуляции. [1]

Влияние одиночества на внутренний мир личности будет зависеть, во-первых, от того, осознанное это решение личности или вынужденное условие, во-вторых, от отношения к самому факту социального или психологического

одиночества и, в-третьих, от отношения самой социальной среды к одиночеству как явлению и одиночеству того или иного человека. [4]

Проблема одиночества является важной для людей любого возраста, тем более для студенческой молодежи. К тому же, ученые заметили, что сегодня наблюдается рост количества молодых людей (особенно подросткового и юношеского возраста) с отрицательной установкой на окружающих. Это, в свою очередь, приводит к затрудненному общению, недоразумениям и, наконец, к развитию чувства изолированности и одиночества. [5]

Исследование проводилось в марте 2016 года на базе ФГБОУ ВО «Рязанский государственный университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава РФ города Рязани со студентами факультета клинической психологии и лечебного факультета, средний возраст которых 21,3 и 20,7. В исследовании в общей сумме приняли участие 60 человек.

В психодиагностический комплекс входили 2 опросника :

1. Диагностика уровня эмпатических способностей В.В. Бойко; [2]

2. Методика субъективного ощущения одиночества Д. Рассела и М. Фергюсона.

Не смотря на «бурно кипящую и быстротечную» жизнь, все больше людей начинают чувствовать себя одинокими в молодом возрасте. Хотя наше исследование и показало, что эмпатические способности не связаны с субъективным ощущением одиночества, от степени их развития зависит возможность устанавливать тесные отношения с другими людьми, что значительно снижает «чувство одиночества».

В ходе исследования выяснилось, что уровень развития эмпатических способностей студентов медицинских и психологических факультетов никаким образом не влияет на субъективное ощущение одиночества.

Следует также отметить, что в данной экспериментальной выборке у

учащихся лечебного факультета прослеживается тенденция к высоким показателям эмпатических способностей. При этом отмечается одинаковый уровень доминантности каналов эмпатии: установки, способствующие или препятствующие эмпатии, проникающая способность в эмпатии и эмоциональный канал. Это может быть связано с тем, что данные профессии требуют высокой степени эмоциональной отзывчивости, умения сопереживать, но в тоже время зависят от установок самой личности.

Высокий уровень субъективного ощущения одиночества характерен для студентов лечебного факультета. Это может быть связано с необходимостью данных студентов уделять больше внимания учебе, освоению теоретического и практического материала, которые не требуют от студентов умения правильно взаимодействовать с людьми, что приводит к сужению круга общения и ограничению тем для разговора. Студенты-психологии больше ориентированы на межличностное общение, на установление тесных отношений с людьми, поэтому меньше ощущают одиночество в жизни и дискомфорт при взаимодействии с другими людьми.

Результатом данной научно-исследовательской работы является разработка рекомендаций студентам медицинского и психологического факультетов по развитию эмпатических способностей, т.к. эмпатия способствует развитию и стабилизации межличностных отношений, которые снизить уровень субъективного ощущения одиночество. Особенно это качество соотносится с требованиями профессиональной и личностной компетенции профессий сферы «человек-человек», к которым относятся профессии врача и клинического психолога.

Список литературы:

1. Бакалдин С. В. Эмоциональные особенности переживания одиночества // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 3: Педагогика

и психология. – 2008. - № 5.

2. Бойко В. В. Психоэнергетика / В.В. Бойко. - СПб. : Питер, 2008.- 416 с.

3. Пацакула И. И. Психологические особенности современного одиночества: свобода и независимость или боль и стресс? / И. И. Пацакула, О. С. Тюгаева // Система ценностей современного общества. – 2010. - № 12. – С. 261 – 265.

4. Поляков И.П. Влияние одиночества на внутренний мир личности и её повседневную жизнь / И. П. Поляков, Т.С. Батракова, М. Ю. Копытина // Вестник Вятского государственного гуманитарного университета. – 2009. – Том4. - № 4 . – С. 35-40.

5. Пьянкова Л. А. Проблема одиночества в молодёжной студенческой среде / Л. А. Пьянкова, В. Н. Бобриков // Вестник Кемеревского государственного университета. – 2012. - № 3. – С. 184-186.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ ЕВРОПЕЙСКОГО СЕВЕРА

Амвросова Мария Айваровна

ФГБОУ ВПО СГМУ, г. Архангельск, Россия

Ключевые слова: современная молодежь, Европейский Север, сексуальное поведение, репродуктивное поведение, гендерные роли, гендерные идеалы.

Под действием экономических и социальных факторов в 1990-х годах произошла активация процесса депопуляции населения нашей страны.

На данный момент репродуктивный потенциал России находится в центре общественного внимания, а охрана репродуктивного здоровья населения России в настоящее время провозглашена национальной стратегией государственной политики.

К началу XXI века произошли существенные изменения сексуального и репродуктивного поведения молодежи.

На общем фоне большого числа исследований по проблеме репродуктивного здоровья молодежи в России и за рубежом, все же остаются без внимания вопросы гендерных особенностей репродуктивного и сексуального поведения современной молодежи. Тем не менее, этот аспект проблемы требует незамедлительного решения, так как именно молодежь является репродуктивным потенциалом нашей страны, а социокультурные изменения современного мира затрагивают все аспекты жизни человека, в том числе его систему ценностей.

Репродуктивное поведение молодежи определяет воспроизводство общества, а именно его профессиональной, социально классовой, а в итоге – политико-идеологической структуры.

Демографическая яма 90-х годов прошлого столетия, отсутствие у современной молодежи семейных ориентиров, наличие заболеваний репродуктивной системы определяют актуальность исследования сексуального и репродуктивного поведения современной молодежи.

Цель исследования – изучение гендерных особенностей сексуального и репродуктивного поведения современной молодежи Европейского Севера.

В рамках данного исследования были проанализированы научные изыскания по проблеме репродуктивного здоровья молодежи, а также использовались такие теоретические методы исследования, как синтез и обобщение теоретического материала.

На данный момент, сексуальное и репродуктивное поведение это не равнозначные понятия.

Сексуальное поведение – это поведение, которое направлено на стимуляцию сексуального желания или расширения сексуальной активности из-за изменения сексуальных реакций и повышения сексуальной чувствительности.

Репродуктивное поведение – это система действий и отношений, опосредующих рождение или отказ от рождения ребёнка в браке или вне брака [2].

Не смотря на то, что эти понятия в современном обществе не являются равноценными, все же сексуальное поведение напрямую влияет на репродуктивное.

Таким образом, следует отметить, что сексуальное поведение современной молодежи также представляет интерес, как для работников сферы здравоохранения, так и для органов государственной власти.

Сексуальное поведение человека определяется гендерными идеалами и осознанием его сексуальной (гендерной) роли.

Гендерные идеалы воплощают культурные представления о мужском и женском поведении. Сексуальные или гендерные роли, связанны с разделением труда, правами и обязанностями мужчин и женщин. В прошлом сексуальные роли были четко определены: мужчины работали, чтобы обеспечивать свои семьи; женщины занимались домашней работой - вели хозяйство и растили детей [3].

В настоящее время гендерные идеалы преобразуются, современная девушка стала более инициативной и раскрепощенной в сексуальном плане, что в свою очередь спровоцировало множество неприятных последствий таких как: массовое распространение ЗППП, тератогенных вирусов, гепатитов В и С, увеличения числа ВИЧ – позитивных людейи женщин с заболеваниями обусловленных наличием онкогенных вирусов.

К сожалению, при наличии вышеперечисленных заболеваний, в большинстве случаев, женщина или мужчина уже не может в полной мере реализовать свой репродуктивный потенциал.

При этом есть и позитивные моменты преобразования гендерных идеалов. Современные мужчины приняли изменения гендерной роли женщины, они позитивно относятся к девушкам, которые занимаются карьерой, при этом, готовы разделить с женщиной работу по дому и воспитание детей.Тем не менее, не смотря на изменения, произошедшие с гендерными идеалами мужчин, способствующих совместному, а значит более комфортного воспитания детей, демографический кризис имеет место быть [4].

Таким образом, следует рассмотреть репродуктивное поведение современной молодежи.

Опираясь на данные исследования особенностей репродуктивного поведения молодежиДикке Г.Б., Ерофеева Л.В. (2013 год) можно сказать, что современная молодежь откладывает вступление в брак (в среднем, до 23,1±0,8 года) и предпочитает такие формы партнерства, как не регистрированное сожительство (44%).

Нынешнее социально-экономическое положение нашей страны оказывает значительное влияние на жизненные ценности современной молодежи. Основнымиприоритетами современной молодежи являетсяувеличение материального благополучия, что не может совпадать с созданием полноценной семьи. Гендерные взаимоотношения молодежи в основном ориентированы на удовлетворение сексуальных потребностей при редком использовании современных средств контрацепции.

Как правило, возраст сексуального дебюта не сходится с приемлемым для современной молодежи возрастом вступления в брак (23,1±0,8 года), что является причиной добрачных партнерских отношений (не регистрированное сожительство – 44 %), а недостаточное половое образование – к рискованным формам полового поведения.

Использование комбинированных оральных контрацептивов отличается низкой приемлемостью и приверженностью в молодежной среде, в то же время использование методов пролонгированной обратимой и экстренной контрацепции остается недостаточным. Это обусловливает высокий процент нежелательных беременностей, которые заканчиваются абортами в 64,9% случаев, при этом соотношение аборты/роды у них в разы выше, чем аналогичный показатель среди женщин старшего возраста [1].

Таким образом, можно сказать, что,не смотря на повышение интереса государственных структур к демографическим и социальным проблемам, поддержки материнства и детства, социальной защиты и материального поощрения

родительства, современная молодежь все еще не может принимать более свободные и ответственные решения о рождении детей. Помимо этого на состояние демографической ситуации влияет изменения сексуального поведения современной молодежи, что в свою очередь сказывается на их репродуктивном здоровье.

Список литературы:

1. Дикке Г.Б., Ерофеева Л.В., Особенности репродуктивного поведения молодежи/ Дикке Г.Б., Ерофеева Л.В.//акушерство и гинекология. – 2013. - №12. – С. 95-100.

2. Карпенко Л.А., Петровский А.В., Ярошевский М. Г., Краткий психологический словарь. — Ростов-на-Дону «ФЕНИКС». - 1998.

3. Смелзер Н., Сексуальные роли и неравенство//Научно-просветительский журнал «Скепсис». – 2016. - № 4. – С. 232-287.

4. Смирнова О.М., Гендер. Гендерные отношения//Учебно-методическое пособие – 2013.

ПРОФИЛЬ МЕЖПОЛУШАРНОЙ АСИММЕТРИИ У ДЕТЕЙ С ЗПР КАК ХАРАКТЕРИСТИКА, СВЯЗАННАЯ С УСПЕШНОСТЬЮ РАСПОЗНАВАНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ ДРУГИХ ЛЮДЕЙ

Андреева Юлия Валерьевна

ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, г. Ярославль, Россия

Ключевые слова: Межполушарная асимметрия, ЗПР, распознавание эмоций.

Согласно проведенным в последние годы исследованиям (Р.И. Хасанова, С.Я. Хафизова)[4], доля детей с задержкой психического развития растет, это связано с рядом причин начиная с условий воспитания и педагогической запущенностью, заканчивая перинатальной патологией и органическими поражениями головного мозга. Вместе с тем, общество предъявляет таким детям суровые требования, прежде всего в коммуникативной сфере. Дефицит в общении, доверительных и продуктивных отношениях с окружающими может приводить к вторичной социальной дезадаптации, что в свою очередь приводит к увеличению отставания.

Одним из условий успешной коммуникации является способность к распознаванию эмоциональных состояний других людей, однако, зачастую, по мнению В.Р. Алгушаевой [1], именно эта способность нарушена у детей с задержкой психического развития.

Данная проблема носит междисциплинарный характер, и учет основных факторов, влияющих на данную способность, является важным условием построения эффективной программы коррекции данного дефицита.

Одним из таких факторов является межполушарная асимметрия, доказано, что переработка эмоций большей частью происходит в правом полушарии [3] однако, вследствие изменения хода онтогенеза межполушарной асимметрии у детей с задержкой психического развития происходит изменение латерализации психических функций [2]. Оттого становится важно знать, связана ли успешность распознавания эмоциональных состояний других людей с проявлениями межполушарной асимметрии у детей с задержкой психического развития и имеют ли эти связи качественные особенности в сравнении с детьми с нормальным темпом психического развития

Цель нашего исследования заключалась в изучении особенностей связи успешности распознавания эмоций других людей с проявлениями межполушарной асимметрии у детей с задержкой психического развития по сравнению со здоровыми детьми.

В качестве методов были использованы тест «Чтение эмоциональных состояний по глазам», пробы А.Р. Лурия (ведущий глаз, ведущее ухо, перекрест пальцев, «поза Наполеона», ведущая нога»). Также фиксировались данные полученные методом не стандартизированного наблюдения.

Выборка составила 50 человек: 25 учеников третьего коррекционного класса, по решению ПМПК имеющих диагноз задержка психического развития и 25 учеников третьего общеобразовательного класса, имеющие нормальный темп психического развития.

Как и ожидалось, успешность распознавания эмоциональных состояний других людей у детей с ЗПР оказалась ниже (40%), чем у детей из общеобразовательного класса(60%). При этом стоит отметить, что понимание негативно окрашенных эмоциональных состояний, вызвало у детей с ЗПР меньше затруднений, чем у детей из общеобразовательного класса.

Так же, подтвердилась гипотеза о преобладании левшества у детей с ЗПР. По результатам пробы перекрест пальцев левшество наблюдается у 66% детей с ЗПР и у 46% здоровых детей, по результатам пробы «поза Наполеона» - у половины детей с ЗПР и лишь у трети здоровых детей, по результатам пробы определения ведущей ноги у почти половины детей с ЗПР и лишь у каждого десятого здорового ребенка, треть детей имеющих задержку психического развития имеют левый ведущий глаз, в тоже время доля здоровых детей не превышает 15 процентов, и, наконец, у 40 процентов детей с ЗПР и у 23 процентов здоровых детей ведущим ухом является левое. Таким образом можно сделать вывод о том, что у большинства детей с ЗПР доминантным полушарием является правое, в отличие от здоровых детей, у которых отмечается ведущая роль левого полушария. Однако, остается открытым вопрос о том, как же связаны данные особенности проявления межполушарной асимметрии с успешностью вербализации эмоций.

У детей с ЗПР леворукость по пробе перекрест пальцев отрицательно коррелирует с успешностью выполнения теста ($r = -0,48$; $p=0,05$), то есть при леворуком выполнении данной пробы, скорее всего, будут наблюдаться низкие результаты по сравнению с праворуким. А так же левшество по пробе определения ведущего глаза негативно влияет на успешность распознавания эмоций (-0,73; $p=0,01$). Таким образом, мы видим включенность и сенсорных и моторных асимметрий. Так как в данном возрасте из-за высокой пластичности мозга и низкой функциональной специализации того или иного отдела головного мозга нельзя делать выводы о точной связи пробы и локализации исследуемого фактора. Можно лишь предположить заинтересованность моторных и сенсорных корковых отделов анализаторов расположенных в левом полушарии головного мозг и компенсаторном характере правополушарной организации, при этом эта компенсация не носит продуктивный характер.

У здоровых детей корреляции между сенсорными асимметриями и успешностью выполнения теста не наблюдается вовсе, а связь моторной асимметрии наблюдается при анализе влияния пробы «позы Наполеона» (r=0,41; p=0,05), т.е. у здоровых детей, у которых по данной пробе правая рука является ведущей, результативность выше, чем у леворуких. Таким образом, можно сделать предположение о включенности левого полушария в процесс вербализации эмоций.

Кроме того, в ходе проведения исследования были замечены качественные различия. Дети с ЗПР выполняли задания медленнее здоровых, а так же подкрепляли выполнения задания речью, при этом чаще на картинках, результативность выполнения которых и в той и в другой выборке была ниже. То есть, мы можем предположить, что в ситуации затруднения, активизируется левое – речевое полушарие. Дети без ЗПР при выполнении задания первоначально обращались к картинке, а лишь затем выбирали подходящее обозначение из предложенных слов, в свою очередь дети с ЗПР сначала прочитывали все слова (некоторые по несколько раз) и лишь затем, обращались к изображению. Можно предположить, что трудности с обращением к понятиям связаны с проблемами в сфере межполушарного взаимодействия. За данную гипотезу говорят данные полученные методом наблюдения, так 70% детей с ЗПР начинали чтение слов справа налево, в том время как у детей здоровой группы данная особенно замечена лишь у 5%.

Таким образом, связь успешности распознавания эмоциональных состояния других людей с межполушарной асимметрии у детей с ЗПР имеет ряд особенностей по сравнению со здоровыми детьми. Полученные данные в дальнейшем будут использоваться для построения методики коррекции дефицита эмоционального интеллекта с применением метода МЗО и арт-терапии.

Список литературы:

1. Артемьева Т.П. Изучение и развитие эмоциональной сферы младших-школьников с умственной отсталостью и задержкой психического развития/Т.П. Артемьева// Специальное образование. 2016. Т. 1. С. 5-15

2. Брызгалова С.О. Особенности межполушарной асимметрии у детей с задержками развития/ О.С. Брызгалова, Г.Е. Найденова// Специальное образование. – 2014.- N1 – с. 34-42

3. Москвина Н.В. Межполушарные асимметрии и индивидуальные различия человека/ Н.В. Москвина, В.А. Москвин; Смысл. – М., 2011. – 40 с.

4. Хасанова Р.И. Распознавание эмоций дошкольниками с ЗПР при предъявлении разных типов изображения/ Р.И. Хасанова// Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. Психология. Социология. Педагогика. 2008. № 4. С. 202-208.

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Арипова Динара Равшановна
ТашПМИ, г.Ташкент, Узбекистан

Ключевые слова: бронхиальная астма, дети, качество жизни.

Актуальность проблемы бронхиальной астмы объясняется неуклонным ростом, во всех странах мира, случаев её с более тяжелым клиническим течением, нередко заканчивающихся летальным исходом. Бронхиальная астма ассоциирована с физическими, эмоциональными и социальными ограничениями. Одним из критериев оценки эффективности оказания медицинской помощи населению, получившим в последние годы широкое распространение, является качество жизни [1]. Качество жизни - интегральный показатель, отражающий степень адаптации человека к болезни и возможности выполнения им привычных функций, соответствующих его социально-экономическому положению. Исследование качества жизни дает представление о физическом, психологическом и социальном функционировании больного и позволяет оценить влияние заболевания на состояние больного[3].

Целью нашего исследования явилось изучение показателей качества жизни детей, больных бронхиальной астмой. Материалом исследования послужили 30 детей, больных бронхиальной астмой. Возраст обследуемых больных составлял от 7 до 17 лет (средний возраст 13,19±3,16 лет). Среди детей наиболее чаще бронхиальная астма отмечалась у мальчиков, так количество мальчиков составило 16 (60%) а девочек 12 (40%). Все больные проходили лечение и обследование по поводу бронхиальной астмы в аллергологическом отделении го-

родской клинической детской больницы №1 (ГКДБ №1) г. Ташкента. У всех детей тщательно собирался анамнез заболевания, производился анализ имеющихся медицинских документов (поликлинической карточки, выписных справок из историй болезней и т.д). Поступившие в стационар дети больные бронхиальной астмой были обследованы в соответствии с принципами GINA[5], предусматривающими проведение клинического обследования, функциональных методов исследования (спирографии, пикфлоуметрии) и при необходимости инструментальных методов (ЭКГ, рентгенографии органов грудной клетки). Во время пребывания в стационаре пациенты получали комплексное лечение в зависимости от степени тяжести заболевания, включавшее ингаляционные и системные глюкокортикостероиды, длительно и коротко действующие (β_2-агонисты), раствор эуфиллина, антигистаминные препараты, антагонисты лейкотриеновых рецепторов[4].

В ходе нашего исследования выявлено, что длительность бронхиальной астмы в среднем составляла от 2 месяцев до 12,5 лет. По тяжести течения бронхиальной астмы дети были распределены следующим образом: легкая степень тяжести - 9,2%, средняя степень тяжести – 51,7%, тяжелая – 39,1%.

При поступлении в стационар при определении уровня качества жизни больных с бронхиальной астмой был достоверно ($p<0,001$) ниже чем у практически здоровых детей (контрольная группа – 23 ребенка) по всем шкалам качества жизни общего вопросника Всемирной Организации Здравоохранения качества жизни-100[2]. Значения физической сферы у пациентов с бронхиальной астмой составили 6,97±0,43 балла, тогда как у здоровых этот показатель равнялся 18,2±0,6 баллов ($p< 0,001$). Больные жаловались на бессонницу, быструю утомляемость, выраженный дыхательный дискомфорт, препятствующие выполнению обычных, не требующих большой нагрузки дел. Значения психологической сферы в группе детей больных бронхиальной астмой были также дос-

товерно снижены (9,7±0,61 баллов у больных и 18,2±0,7 - у здоровых детей из контрольной группы; p<0,001). Больные отмечали у себя ухудшение памяти, снижение концентрации внимания, неусидчивость, неуверенность в себе, испытывали неудовлетворенность своими внешними качествами, жаловались на апатию и ухудшение настроения. Показатели, характеризующие «уровень независимости», у детей больных бронхиальной астмой также оказались значительно ниже, чем у практически здоровых детей из контрольной группы (6,17±0,21 баллов у больных и 19,8±0,21 - у здоровых детей из контрольной группы; p<0,001). Больные отмечали высокую зависимость от лекарств и лечения, при выходе из дома в школу или в другие общественные места без лекарственных препаратов, больные чувствовали себя незащищёнными, впадали в панику, возникал дискомфорт. Сфера «социальные отношения» в группе детей больных бронхиальной астмой составила 9,51±0,23 баллов (19,4±0,7 - у здоровых; p<0,001). Пациенты нередко чувствовали себя одинокими, они отмечали затруднения в общении со сверстниками, трудности в общении с родственниками. Сфера «окружающая среда» составила 9,59±0,31 баллов у больных и 17,13±0,6 - у здоровых; p<0,001. Детей беспокоило снижение способностей к обучению, отсутствие интересов.

Таким образом, было определено существенное снижение показателей качества жизни детей больных бронхиальной астмой во всех возрастных группах, в сравнении с контрольной группой здоровых детей. Важными задачами являются разработка организационных мероприятий по совершенствованию педиатрической помощи больным бронхиальной. Согласно этой программе лечение бронхиальной астмы должно быть комплексное, складывающееся из традиционной противовоспалительной и симптоматической терапии, а также включать психологическую помощь в реабилитации детей, больных бронхи-

альной астмой для достоверного улучшения психологического здоровья больных детей.

Список литературы:

1.Белевский, А.С. Исследование качества жизни больных бронхиальной астмой в России / А.С. Белевский // Качество жизни. Медицина. - 2004. - № 1. - С. 72-75.

2.Вопросник для оценки эффективности терапии астмы (Asthma Therapy Assessment Questionnaire, ATAQ). - Режим доступа: http://www.ataginstument.com (дата обращения 12.03 2015)

3.Качество жизни у больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких /А.Г. Чучалин и др.; под ред. А.Г. Чучалина. - М.: «Атмосфера», 2004. - 256 с.

4.Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». 2-е изд. М.: ИД «Русский врач», 2006. 100 с.

5.Global strategy for asthma management and prevention: GINA executive summary // Eur. Respir. J. 2008. V. 31. P. 143–178.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕТАФОРИЧЕСКОГО И СИЛЛОГИСТИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА

Ахмедова Ирина Эльбрусовна, Елагина Ксения Алексеевна, Перегудова Наталья Александровна

ФГБОУ ВО РГСУ, г. Москва, Россия

Ключевые слова: высшие психические функции, функциональная асимметрия мозга, гетерогенность мышления, гендерные различия, больные шизофренией зрелого возраста.

Работа Ю.М. Лотмана и Б.А. Успенского «Миф-имя-культура» побудила многих исследователей к осмыслению такого понятия как «гетерогенность человеческого мышления» и привела к более углубленному изучению функциональной асимметрии мозга. Данными исследованиями стали заниматься такие выдающиеся ученые как: Л.С. Выготский, А.Р.Лурия, Ю.М.Лотман, Р.О. Якобсон и многие другие [2].

В последние годы стремительно развивается область нейрофизиологии и нейролингвистики, которая направленна на изучение характеристик функциональных особенностей правого и левого полушарий мозга. Радикальная смена взглядов в данной науке о мозге произошла в последние два десятилетия благодаря появлению новых методов изучения деятельности мозга человека и обнаружению новых фактов, опровергающих прежние представления об организации функций правого и левого полушарий.

Сложившиеся представление о левом полушарии, как о единственном носителе наиболее сложных и высокоорганизованных функций человеческого

мозга долгое время было господствующим. Левое полушарие именовалось главным, большим, доминантным. Правое же полушарие называли субдоминантным, малым, так как его роль представлялась незначительной и второстепенной в сравнении с правым полушарием мозга.

В целом левое полушарие участвует главным образом в анализе. Оно также последовательно обрабатывает информацию. Правое полушарие обрабатывает информацию одновременно и целостно. Кроме того, можно сказать, что правому полушарию лучше удается собирать отдельные элементы окружающего мира в согласованную картину, оно видит целостные паттерны и общие взаимосвязи. Левое в свою очередь фокусируется на мелких деталях [1; 2].

Более того, несмотря на разнообразие современных техник инструментальной диагностики, далеко не всегда достоверно известно, что очаг болезни захватывает только структуры одного полушария. Неизвестно также, какова была изначальная доминантность полушария для той или иной психической деятельности у данного больного до болезни и, соответственно, как в этом случае изменила ее болезнь. Несмотря на это, проблема функциональной специализации полушарий мозга человека весьма разработана и продолжает оставаться актуальной**.**

Исходя из этого, мы решили провести собственное исследование, посвященное проблеме функциональной специализации полушарий мозга человека. Для выявления различий раздельнополушарного мышления нами был применен ряд методик (включающий в себя метафоры, идиомы и силлогизмы), позволяющий выяснить характеристики деятельности правого и левого полушарий.

Выбранным контингентом нашего исследования стали люди зрелого возраста больные шизофренией, которых к тому же мы поделили по гендерному признаку, чтобы не только проследить функциональную специализацию полу-

шарий мозга, но и выявить особенности метафорического и силлогистического мышления у лиц мужского и женского пола.

В исследовании, которое было организованно и проведено на базе ГБУ Психоневрологический интернат № 22 г. Москвы, приняли участие 4 мужчины и 9 женщин зрелого возраста.

Каждое тестовое задание было напечатано на трех карточках: на одной метафора (или идиома), на другой - сходная с ними фраза и на третьей - фраза, интерпретирующая их. Например: «лезть в бутылку» - «лезть в окно» - «сердиться». Больного просили объединить подходящие друг к другу карточки. Испытуемый должен был положить вместе карточки, которые, по его мнению, подходят друг к другу."Правильными" считались ответы, когда вместе оказывались метафоры (идиомы) и их интерпретации ("Горит Восток" - "Восходит солнце"), "формальными" - когда объединялись формально сходные фразы ("Горит Восток" - "Горит дом"), и нелепыми считались ответы типа "Горит дом" - "Восходит солнце" [3].

Проведя исследование нами были получены следующие результаты: 34 из 40правильных ответов (85%) при решении задач с идиомами, и – 39 из 40 с метафорами (97,5%)у мужчин. В то время как у женщин было получено81 из 90 правильных ответов с идиомами (90%), и 71 из 90 с метафорами (78,9%).

Результаты исследования показали, что левое и правое полушария мозга относятся к этой задаче различно и роль правого полушария, бесспорно, ведущая, так же мужчины с данным заданием справляются лучше и быстрее, нежели женщины. Таким образом, из изложенного экспериментального материала следует, что для понимания метафор и идиом главная роль принадлежит правому полушарию, долго считавшемуся неречевым. Особенно ярко это проявляется в отношении идиом. Как указывалось, еще Джексоном в конце прошлого века и подчеркивалось в последние годы В. В. Ивановым, что правое полуша-

рие хранит: готовые куски текста и штампы, фразеологизмы и ругательства [4]. Так же, интересно заметить, что правое полушарие, как следует из беседы с испытуемыми, часто метафору не понимает (не может интерпретировать устно), однако, при этом, подбирает фразы правильно, то есть те самые штампы, которые хранятся в правом полушарии мозга.

С силлогизмами дела обстояли куда сложнее, поскольку испытуемым предстояло уже объяснить свои ответы. С помощью данного тестового задания можно было проследить выбранную испытуемыми стратегию мышления. Так, чаще всего, они прибегали к теоретическому (вывод делается на основании сопоставления большой и малой посылок), либо эмпирическому (исходя из жизненного опыта или его отсутствия) подходу в решении силлогистических задач. Каждому испытуемому давались поочередно 10 карточек с силлогизмами, которые состояли из двух посылок (большой и малой) и вопроса, на который респондент должен был дать ответ и обосновать его. Исходя из полученных результатов, можно предположить, что большинство испытуемых, использующих левое полушарие, подходили к решению силлогизмов теоретически, а меньшая часть– эмпирически, а при работе правого полушария все было с точностью да наоборот.

По полученным данным решения силлогистических задач, можно заметить, что у 3 из 4 мужчин преобладает правое полушарие над левым, так как они давали совсем не логичные ответы, ссылались на свой жизненный опыт, начинали больше рассуждать, и «соскальзывать» с конкретно поставленного вопроса, нежели отвечать на него прямо, и объяснять свой ответ. Так, например, респонденту была предложена следующая силлогистическая задача: «У всех квадратов стороны одинаковые. Девочка нарисовала на доске квадрат. У этого квадрата стороны одинаковые или нет?», один из мужчин ответил следующим образом: «Вряд ли, потому что без линейки рисовала». Среди жен-

щин,5 из 9 подходили к решению силлогистической задачи уже теоретически, что говорит о задействовании у большей части респондентов - левого полушария. К примеру, одна из женщин дала следующий логически обоснованный и развернутый ответ на уже упомянутый выше силлогизм: «Логично, что у всех квадратов стороны одинаковы, раз девочка нарисовала на доске квадрат, а как мы знаем у всех квадратов стороны одинаковые, следовательно, и у нарисованного на доске девочкой квадрата, тоже все стороны будут одинаковы, так как это логично».

Исходя из полученных нами данных, можно предположить, что левое и правое полушария мозга в решении силлогистических задач пользуются совершенно разными стратегиями: левое полушарие склонно использовать теоретический подход, а правое – эмпирический. При этом главную роль все же выполняет левое полушарие, поскольку оно отвечает за логику и анализирует все факты для правильного решения силлогистических задач.

Опираясь на полученный в ходе исследования материал, можно предположить, что с решением силлогизмов более правильно справляются женщины, так как они используют в основном теоретический подход нежели эмпирический, следовательно, задействовано больше левое полушарие мозга нежели правое, а у мужчин все с точностью да наоборот.

Наконец, можно с уверенностью сказать, что у мужчин, больных шизофренией преобладают больше «правополушарные» ответы, а у женщин – «левополушарные». Так же на основании 3-х тестовых заданий необходимо отметить, что с метафорами и идиомами у женщин справлялось преимущественно правое полушарие, в то время как с силлогизмами – левое, как и должно быть в правильном варианте.

Список литературы:

1. Кун Д. Основы психологии. Все тайны поведения человека. М.: Прайм-Еврознак, 2005. 720 с.

2. Савченко Д.В. Вклад межполушарной асимметрии мозга в протекание психических процессов человека // Современное общество, образование и наука. сборник научных трудов по материалам Международной научно-практической конференции: в 16 частях. 2015. С.116-117.

3. Черниговская Т.В., Деглин В. Л. Метафорическое и силлогистическое мышление как проявление функциональной асимметрии мозга // Ученые записки Тартуского Университета, Труды по знаковым системам. Тарту, 1986, вып. 19, С. 73.

4. Черниговская Т.В.: Нейро- и психолингвистика. Лекция, записанная в рамках проекта «Звуковая энциклопедия». СПб.: отд-ние Ин-та "Открытое о-во", 2001.190 с.

ОПЫТ ПСИХООБРАЗОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Ашуров Зариф Шарифович, Шин Зоя Витальевна

ТМА, г. Ташкент, Узбекистан

Ключевые слова: психообразование, копинг-поведение, шизофрения.

Актуальность. В настоящее время под психообразованием принято понимать осуществляемый поэтапно процесс обучения психиатрических и психологической пациентов в области психических заболеваний и оказания психолого-психиатрической помощи, что обеспечивает их необходимыми знаниями и оказывает влияние на их установки и поведение в отношении собственного здоровья. Как свидетельствуют американские авторы, семейное психиатрическое просвещение способствует снижению показателей рецидивов и облегчает процесс восстановления у людей с психическими расстройствами [1, 4]. Оно направлено на информирование пациента и его родственников о психических расстройствах и обучение методам совладания с проблемами, обусловленными заболеванием, — контролю над болезнью. Наиболее широко психообразование применяется в ведении пациентов с психосоматической патологией: школы больных бронхиальной астмой, сердечно-сосудистыми заболеваниями, в частности хронической сердечной недостаточностью и т. п. Имеется отечественный опыт использования психообразования в клинике первого психотического эпизода [3]. Вместе с тем ряд вопросов остается открытым: до конца не определены место психообразования в системе реабилитации, соотношение его с психотерапией, особенности проведения у больных с различной психической патологией, критерии оценки эффективности, отсутствует супервизия для персонала,

осуществляющего психообразование. В задачи данного исследования входила оценка результатов психообразовательных мероприятий у больных шизофрений [2].

Материалы и методы. В психообразовательную программу были включены 32 амбулаторных больных параноидной шизофренией на этапе хронического течения заболевания в возрасте 33,6 ± 7,2 года. Длительность заболевания составила 11,93 ± 3,2 года, возраст начала болезни—21,5 ± 5,1 года. Психообразовательная программа представляла собой модуль, рассчитанный на определенное время и осуществляемый в группе закрытого типа, работающей под руководством психиатра, психотерапевта, психолога. Программа нацелена на образование и обеспечение поддержкой пациентов- участников данных групп. Применялось интерактивное обучение: пациент выступает не пассивным «реципиентом» информации, а активным участником процесса. Преимущество интерактивного обучения заключается в возможности использования групповых взаимодействий: обмен мнениями, обсуждение опыта болезни, эффект обратной связи, положительное подкрепление. Психообразовательная программа (модуль) была нацелена на комплекс различных задач: на выработку у больных комплайенса (осознанного соблюдения предписанного режима лечения), обучение распознаванию признаков начинающегося обострения, совладанию (копингу) с остаточной психопатологической симптоматикой, улучшение адаптации пациента, а также на управление болезнью. Кроме того, в процессе психообразования происходило формирование терапевтического сообщества и обеспечивалась «социальная поддержка» участникам группы. Количество занятий в модуле составило в среднем 17 сессий. Занятия проводились один раз в неделю, продолжительность занятия один час. Карта составлена таким образом, что более высокий балл отражает большую информированность пациента. Максимальный балл по карте оценки уровня знаний и эффективности психообразова-

тельной программы — 90, минимальный — 18. В исследовании использовались опросник Хейма для изучения копинг-поведения и Визуальная аналоговая шкала для оценки связанного со здоровьем качества жизни. В данной работе использованы современные методы описательной и аналитической статистики, статистическая программа SPSS, для анализа корреляций применялся ранговый коэффициент корреляции Спирмена. Немаловажно, что в процессе психообразования существенно возрастает заинтересованность больных в дальнейшем получении знаний о службах и формах помощи при психическом заболевании.

Доминируют неконструктивный, сопряженный с пассивностью в преодолении трудностей, вариант копинга «растерянность» (19% больных) и относительно конструктивный механизм «сохранение апломба» (12% больных), который препятствует внешнему проявлению значимых переживаний. Копинг больных шизофренией характеризовался преобладанием в поведенческой сфере относительно конструктивного варианта «компенсация» (31% наблюдений), который может проявляться поведением, характеризующимся стремлением к временному отходу от решения проблем с помощью алкоголя, еды, лекарственных средств и пр. Также достаточно часто наблюдалось «отступление» (перед трудностями), имеющее дезадаптивный характер (25% случаев). Несколько отличалась в лучшую сторону поведенческая сфера: неконструктивные стратегии копинга наблюдались здесь реже по сравнению с другими сферами копинг-поведения (примерно 17% пациентов). Отличительной особенностью эмоционального копинга больных, выбывших из программы, являлось наличие в 12,5% случаев «сохранения апломба (самообладания)», следствием которого могут быть блокирование проявления запроса о помощи вовне и ограничение возможностей использования средовых копинг-ресурсов. Копинг больных, прошедших психообразовательную программу, исходно заметно отличался в худшую сторону по признаку конструктивности, по сравнению с выбывшими

из программы больными шизофренией. В поведенческой сфере преобладал неконструктивный копинг (40% больных), адаптивные варианты копинга встречались только в 20% наблюдений. Когнитивная сфера копинга исходно отличалась еще большей дисгармоничностью, неконструктивные стратегии имелись в половине наблюдений. Конструктивные и неконструктивные эмоциональные копинг-стратегии встречались изначально с одинаковой частотой, при этом относительно конструктивные копинг-стратегии отсутствовали. Эмоциональные копинг-стратегии были представлены, с одной стороны, «оптимизмом» (примерно 50% наблюдений), а с другой стороны— «подавлением эмоций» и, реже, «покорностью». Оценка копинг-поведения больных шизофренией в динамике психообразовательной программы продемонстрировала отчетливое увеличение частоты конструктивных стратегий совладания во всех сферах копинга. В результате психообразования в 40% случаев наблюдалась положительная динамика с формированием более адаптивных вариантов копинг-поведения в поведенческой сфере. Более половины больных, прошедших программу, исходно имели дезадаптивные типы отношения или диффузный тип, отражавший актуальность процесса адаптации к болезни. После завершения психообразовательной программы адаптивные типы отношения наблюдались заметно чаще (соответственно 35,71 и 14,28% случаев, $p < 0,05$). Отчетливое улучшение качества жизни установлено у 64% больных, в 28% случаев достоверных изменений этого показателя не выявлено.

Выводы. Результаты исследования продемонстрировали целесообразность применения интегративной модели программы, включающей медицинский информационный модуль, модули тренинга межперсонального общения и поведенческой терапии. Это обусловлено необходимостью сочетания расширения знаний пациентов в вопросах заболевания и терапии с коррекцией копинг-поведения и внутренней картины болезни, характеризующихся дезадаптивной

направленностью. Показано, что когнитивная сфера совладания со сложными жизненными ситуациями у больных шизофренией отличалась наибольшей дисгармоничностью и преобладанием неконструктивных копинг-стратегий, сопряженных с пассивностью поведенческая сфера когнитивная сфера эмоциональная сфера. Было выявлено преобладание среди больных шизофренией дезадаптивных типов отношения к болезни, отражающих актуальность проблемы психологической адаптации к болезни и ее лечению. В результате психообразовательной программы внутренняя картина болезни стала более гармоничной в большинстве наблюдений.

Таким образом, психообразовательная программа заметно повысила индивидуальные ресурсы совладания с болезнью и возможности адаптации больных шизофренией в целом. Следует отметить, что повышение адаптивного потенциала личности в процессе интегративной психообразовательной программы происходило параллельно возрастанию уровня знаний пациентов о болезни. Полученные данные подтверждают положительную роль семейной поддержки в успешности психообразования за счет усиления мотивации пациентов к участию в программе. Для повышения эффективности психообразования целесообразны индивидуализация программ, в частности, с учетом возрастных характеристик пациентов и давности заболевания, популяризация идеи психообразовательных программ, распространение информации о возможностях психообразования среди родственников больных. Динамическая оценка воздействия программы на адаптационные характеристики больных должна быть обязательной частью психообразовательного процесса.

Список литературы:

1. А.П. Коцюбинский, А.Н. Еричев, Н.В. Зуйкова. СПб., 2006. 26 с.

2. Шмуклер А.Б., Гурович И.Я., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация психически больных // Российский психиатрический журнал. 2006. № 2. С. 61–64.

3. Dixon L., Stewart B., Burland J. et al. Pilot study of the effectiveness of this Family-to-Family Education Program // Psychiatric Services. 2001. Vol. 52, № 6. P. 965–967.

4. Dixon L., McFarlane W.R., Lefley H. et al. Использование методов, основанных на доказательствах, при оказании помощи семьям людей с инвалидностью вследствие психического расстройства // Psychiatric Services. 2001. Vol. 52, № 6. P. 903–910.

РОЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ШИЗОАФФЕКТИВНОГО РЕГИСТРА У ЖЕНЩИН С УЧЁТОМ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ

Бабарахимова Сайора Бориевна, Искандарова Жаннета Мухтаровна, Шаикрамов Шоолим Шаабдурахманович
ТашПМИ, г. Ташкент, Узбекистан

Ключевые слова: конституционально-личностные особенности, депрессивные нарушения, тревожные расстройства у женщин.

Особенности эмоционального реагирования, многообразные варианты тревожно-аффективных расстройств у женщин с учётом личностных особенностей всегда привлекали к себе внимание исследователей как клинических, так и психодинамических школ[1]. Ежегодно около 100 млн. жителей нашей планеты обнаруживают признаки депрессии, причём у женщин риск возникновения и рецидива депрессивного расстройства в два раза выше по сравнению с мужчинами[2]. Установлено, что частота возникновения тревожно-депрессивных расстройств возникает у женщин в зависимости от конституционально-личностных особенностей, а также у женщин с низким социально-экономическим статусом[3]. В большинстве современных источников тревожные и депрессивные расстройства входят в число симптомов, усложняющих картину психоза и требующих коррекции в рамках терапии периодов обострения[4].

Цель исследования и задачи: изучить значение психологического тестирования в диагностике эмоциональных нарушений шизоаффективного реги-

стра у женщин с учётом конституционально-личностных особенностей для улучшения медико-психологической помощи данному контингенту больных.

Материалы и методы исследования: в исследование были включены 60 женщин с тревожными и тревожно-депрессивными расстройствами шизоаффективного спектра, находившихся на стационарном лечении в психиатрической больнице. В ходе исследования для оценки выраженности депрессии и тревоги применялись шкалы тревоги и депрессии Гамильтона (HDRS, HARS), опросник тревожности Спилбергера-Ханина, а для определения личностных особенностей был использован опросник Шмишека-Леонгарда.

Результаты и обсуждения: наиболее часто шизоаффективные нарушения классифицировались как шизоаффективное расстройство, депрессивный тип (F-25.1)— у 20 пациенток (33,3%), шизоаффективное расстройство, смешанный тип (F-25.2)- у 16 женщин (26,7 %). Реже встречались другие шизоаффективные расстройства (F-25.8)- у 20% обследованных женщин, шизоаффективные расстройства неуточненные (F-25.9) – у 12 женщин (20%). В обследованной группе в ходе исследования с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожно-депрессивных расстройств различной степени выраженности у 98% пациенток, при этом проявления тревоги были отмечены у 94% исследуемых, депрессии различных степеней тяжести – у 100% обследованных; более чем у половины пациенток было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55%), у 36% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 10% пациенток – констатировалась выраженная тревога. При исследовании конституционально-личностных особенностей с помощью теста Шмишека-Леонгарда было выявлено, что личностные особенности обследованных пациентов не достигали степени психопатии (личностного расстройства), однако во всех случаях можно было отметить акцентуации тех или иных черт характера. Среди всех об-

следованных демонстративный тип личности встречался у 6 больных (10%), застревающий тип личности у 16 больных (26,7 %), дистимический тип был выявлен в 40% случаев (24 обследованных), тревожно-боязливый тип у 10 больных (6,7 %), в 6,6% случаев был выявлен эмотивный тип личности. По результатам тестирования было выявлено, что наиболее часто тревожно-депрессивные расстройства встречались у лиц с дистимическим типом личности. На фоне воздействия психотравмирующей ситуации легко возникали депрессивные расстройства тяжёлой и крайне тяжёлой степени по шкале Гамильтона. Депрессия средней степени тяжести была выявлена у 25 % больных, их возникновение было связано с семейными конфликтами. У лиц с застревающим типом личности в 75 % случаев была выявлена депрессия тяжёлой степени по шкале Гамильтона, депрессивные расстройства средней и крайне тяжёлой степени встречались в 12,5 % случаев. Лёгкое депрессивное расстройство по шкале Гамильтона было выявлено у 2 пациенток с демонстративным типом личности. В остальных случаях у лиц с демонстративным типом личности было выявлено депрессивное расстройство средней степени тяжести. При тревожно-боязливом типе личности чаще возникала депрессия средней степени тяжести по шкале Гамильтона (80%), и лишь у 2 пациенток была диагностирована депрессия тяжёлой степени. Среди всех обследованных эмотивный тип личности встречался в 5,7% случаев, и для этих пациенток характерным было развитие депрессии средней степени тяжести. В зависимости от типа личности пациенткам были присущи такие черты, как неуверенность, робость, застенчивость, склонность к чувству вины, низкая самооценка, трудности контактов, недостаток инициативы, зависимость от порядка и авторитетов. Пациентки стремились к перфекционизму, предъявляли чрезмерно высокие требования к собственной личности и результатам своей деятельности, нереалистичный, завышенный характер целей, требований

к себе приводил к формированию чувства вины как следствие стремления быть совершенной и невозможности реализовать его. Так же была выявлена такая черта характера, как склонность к патологическому фантазированию и мечтательности (демонстрация большего благополучия, чем это есть на самом деле), которая, в свою очередь, обусловливала завышенную самооценку. Развитие депрессии оказывало негативное влияние на работоспособность, на отношение к семье, самооценку, адаптацию в социуме. Для всех обследованных характерным было значительное снижение показателей физического здоровья, больные отмечали неспособность справляться с обычными физическими нагрузками, увеличением количества времени, затрачиваемого на выполнение своей работы, трудности и ошибки в работе. Больные с тревожно-боязливым типом личности жаловались на ухудшение физического здоровья, неспособность к функционированию в повседневной жизни даже при наличии депрессии средней степени тяжести. Больные с эмотивным типом личности с трудом выполняли физическую нагрузку, они также низко оценивали общее чувство благополучия, но при благоприятной обстановке в семье и сохранении привычных социальных контактов на фоне депрессии тяжёлой степени эти показатели оставались на достаточно высоком уровне. У пациенток с тревожно- боязливым и застревающим типом личности на фоне депрессии тяжёлой степени сокращалось количество социальных контактов, ухудшались отношения в семье, что создавало дополнительные переживания, формировало аутодеструктивные установки, идеи самообвинения, появлялись суицидальные мысли. У женщин с дистимическим типом личности отмечалась прямая корреляционная связь между выраженностью депрессивных расстройств и социальными взаимоотношениями, при этом депрессия средней степени тяжести в 100% случаев возникала на фоне семейных конфликтов, депрессия крайне тяжёлой и тяжёлой степени развива-

лась вследствие нарушения взаимоотношений на работе. Твёрдая жизненная позиция, характерная для данного типа личности, позволяла сохранять высокий уровень общего чувства благополучия. Женщины с демонстративным типом личности при наличии депрессии средней степени тяжести субъективно отмечали незначительное ухудшение социального взаимодействия и физического здоровья, в то время как объективные данные соответствовали степени тяжести аффективных расстройств. При наличии депрессии легкой степени тяжести женщины с демонстративным типом личности указывали на ухудшение физического здоровья и способность функционировать в повседневной жизни. Такая картина связана с наличием у женщин с демонстративным типом личности патологического фантазирования, завышением самооценки, замещением реальной жизни мечтой.

Выводы: роль психологического обследования в диагностике тревожно-депрессивных расстройств и конституционально-типологических особенностей личности пациенток шизоаффективного регистра даёт возможности определить более глубокий уровень тревоги и депрессии, полиморфизм клиники, является фактором предупреждения неблагоприятного прогноза заболевания, позволяет более дифференцированно осуществлять лечебно-реабилитационную помощь и оптимизировать психотерапевтический подход в выборе методов психокоррекционного воздействия с учётом личностных особенностей.

Список литературы:

1. Александров А.А., Балашова Т.Н. Сотрудничество врача и психолога в диагностическом процессе // Психотерапия и клиническая психология: методы, обучение, организация. – СПб. – Иваново, 2000. – С. 199-204.

2. Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М. Психотерапия депрессий у женщин с учётом личностных особенностей.// Современные концепции реаби-

литации в психоневрологии: отрицание отрицания. Материалы Всероссийского конгресса с международным участием. Санкт-Петербург, 9-11 июня 2016г.- 219с.

3. Бабарахимова С.Б., Саидхонова Ф.М. Исследование личностных особенностей женщин с депрессивными расстройствами шизоаффективного спектра // Сборник материалов Межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 85-летию со дня рождения профессора А. А. Корнилова. Кемерово, 2016; 18-21с

4. Ротштейн В.Г. Теоретический аспект эпидемиологии тревожных и аффективных расстройств / Ротштейн В.Г., М.Н.Богдан, М.Е.Суетин // Психиатрия и психофармакология. 2005. - Т.7, №2.

НЕЙРО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ОСНОВА ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ

Березуцкий Иван Владимирович

ГУ ДМА, г. Днепропетровск, Украина

Ключевые слова: интернет-зависимость, зависимость, компьютерная зависимость.

Введение. Очень часто люди совершает такие поступки, которые вредят их развитию, мешают достижению целей, которые по своей сути деструктивны. Речь идет о т.н. аддиктивном поведении или зависимостях, когда человек просиживает часы в интернете, играет сутками в видеоигры, сидит в социальных сетях и на сайтах знакомств до ночи с красными глазами, ест вредную пищу, курит или употребляет алкоголь. На первый взгляд такое поведение не имеет разумного объяснения, но тем не менее – люди продолжают это делать массово. Проблема давно уже стала глобальной. Тысячи людей просто перестают быть полноценными членами общества. Не вызывает сомнения предположение о связи этого массового явления с особенностями функционирования мозга человека [1]. Выяснение нейрофизиологического патогенеза интернет-зависимости помогло бы в решении этой социальной проблемы.

Цель исследования. Проанализировать результаты научных исследований, посвященных изучению патогенеза интернет-зависимости за последние 10 лет.

Материал и методы. Научные исследования патологической интернет-зависимости за последние 10 лет.

Результаты и обсуждение. Будда считал, что *"причиной наших страстей являются наши же желания"*. Что общего между запахом вкусной пищи, многочасовыми посиделками в интернете и улыбкой красивой, соблазнительной незнакомки? Это – *предвкушение*. При виде аппетитной пищи человек уже представляет, как будет ее есть. То же самое и в социальных сетях: человек не отрывается от монитора в надежде найти что-то интересное – смешное видео, забавные факты, сногсшибательные новости. Во всех этих случаях в мозгу человека происходят одинаковые нейро-физиологические процессы, получившие название "механизм подкрепления". Сложившись эволюционно, он долгое время помогал выживанию, мотивируя наших предков к борьбе за ресурсы – воду, пищу и возможность размножаться. Человеческий род не должен исчезнуть лишь потому, что соблазнение потенциального партнера, сбор ягод и охота на дичь – занятия довольно хлопотные. Если бы *предвкушения* не было, естественный отбор бы не работал. Поэтому ожидание счастья – а не собственно его переживание мозг использует, чтобы мы продолжали охотиться, собирать, работать и свататься. Эволюции плевать на счастье, но она обещает его, что бы мы боролись за жизнь. Человек по своей природе дуалистичен, он являет собой помесь разумного (человеческого) и не разумного (животного). Наше поведение разделяется на сознательное и бессознательное, и даже анатомически наш мозг условно делят на новый и старый. Новый (кора больших полушарий) отвечает за деятельность, присущую только человеку: например, мораль или искусство. Старый мозг (лимбическая система и рептилоидный комплекс) ответственны за инстинкты и рефлексы [2].

Реализуется механизм мотивации человека на биохимическом уровне через выделение четырех вещества: эндорфин, серотонин, окситоцин и дофамин. Особо интересен именно последний. Дофамин – нейромедиатор, вырабатываемый в теле животных, является одним из химических факторов внутреннего

подкрепления и служит важной частью системы вознаграждения человеческого мозга [3]. Открытие этого нейромедиатора, было не запланированным. В 1954 году в Монреале канадские учёные Джеймс Олдс и Питер Милнер проводили исследование, в котором хотели выяснить, будет ли крысам некомфортно при электрической стимуляции определённых участков мозга, в частности – компонентов лимбической системы. Эксперимент был построен следующим образом: электрический ток включался, когда крысы заходили в определённый угол клетки. Согласно теории, они должны были бы сторониться этого угла, если бы эффектом был дискомфорт. Вместо этого они очень быстро возвращались обратно после первой стимуляции, и ещё быстрее после второй [5]. В более поздних экспериментах учёные позволили крысам нажимать на рычаг стимуляции самостоятельно, в результате чего они начали стимулировать себя до семисот раз в час. Этот участок мозга вскоре стал известен как «центр удовольствия». Со временем нейробиологи выяснили, что этот эксперимент с крысой отражает и наш собственный опыт влечений, соблазнов и зависимостей [4].

Однако как потом выяснилось, Олдс и Милнер открыли не центр удовольствия, а то, что нейробиологи теперь называют "системой подкрепления". В 2001 году стэнфордский нейробиолог Брайан Кнутсон опубликовал убедительное исследование, в котором доказал, что дофамин отвечает за *предвкушение*, а не за переживание награды. Ученый использовал модель знаменитого в бихевиористской психологии эксперимента Ивана Петровича Павлова – классическое формирование условных рефлексов у собак. В 1927 году Павлов заметил: когда собаки привыкали, что перед кормежкой раздавался звон колокольчика, при этом звуке у них начинала выделяться слюна, даже если еды не предвиделось. Они выучились связывать звон с обещанием обеда. Кнутсон предположил, что мозг тоже выделяет своего рода слюну в предвкушении награды – дофамин. В своем исследовании Кнутсон помещал участников в томограф и

вырабатывал у них условную реакцию: когда на экране появлялся определенный символ, они могли выиграть денежный приз. Чтобы его получить, нужно было жать на кнопку. Вскоре, когда люди видели символ, в их мозге активировалась система подкрепления и выделялся дофамин, – и участники изо всех сил давили на кнопку. Но при выигрыше эта область мозга затихала. Кнутсон доказал, что дофамин отвечает за действие, а не за счастье. Обещание награды требовалось, чтобы не проворонить выигрыш. Когда возбуждалась система подкрепления, они переживали предвкушение, а не удовольствие [6].

Именно дофамин предрасполагает нас к деструктивным действиям, которые не выгодны в долгосрочной перспективе. Разумеется, сегодня мы живем в совершенно другом мире, кардинально отличающегося от того, в котором жили первые Homo Sapiens. Взять, к примеру, всплеск дофамина от вида, запаха или вкуса жирной или сладкой пищи. Выделение дофамина гарантирует, что мы захотим объесться до отвала. Замечательный инстинкт, если вы живете в мире, где еды мало. Однако в нашей среде еда не просто широкодоступна, но и готовится так, чтобы максимизировать дофаминовый ответ, поэтому каждый такой всплеск — путь к ожирению, а не к долголетию. Каждый день или даже час, есть шанс, что нам кто-то напишет, а следующее видео на YouTube нас рассмешит, и мы продолжаем навязчиво обновлять страницу, жать на ссылки и проверять девайсы. В общем-то мы не сильно отличаемся от крыс Олдса и Милнера. Эти штуки захватывают нас, мы постоянно к ним обращаемся. Ключевое действие, которое мы совершаем в Интернете, – идеальная метафора обещания награды, которую мы ищем. Разработчики видеоигр намеренно манипулируют нашей системой подкрепления, чтобы "подсадить" игроков. Обещание, что переход на следующий уровень или великая победа может произойти в любой момент, – вот что делает игру столь притягательной. И поэтому от нее так трудно оторваться. Если не главная, то точно одна из самых главных за-

дач современного человека – не быть зависящим от своих животных инстинктов и "прокачивать" себя, а не своего персонажа в видеоигре.

Заключение. Основная причина интернет-зависимости заключается в сложившемся в наши дни несоответствии между эволюционно сформировавшимися у человека нейрофизиологическими механизмами "подкрепления", сотни тысяч лет способствовавшими выживанию и прогрессированию наших предков, с одной стороны и современными социально-биологическими условиями – с другой. В условиях, не требующих мотивации к борьбе за ресурсы жизнеобеспечения, механизм "подкрепления" реализуется через самые простые и доступные способы получения удовольствия. Поскольку масштабы интернет-зависимости сделали ее социальной проблемой, то и методы профилактики должны проводиться в соответствующем масштабе при поддержке государства и общественных организаций. Самыми эффективными средствами представляется популяризация знаний о причинах и механизмах такой зависимости: предупрежден, значит – вооружен.

Список литературы:

1. Гуреева А. Ю., Сизов С. В. Интернет-зависимость: современное состояние проблемы // БМИК. 2015. №2 С.127-129.

2. Карл Саган. Драконы Эдема. Мозг и колесница. Санкт-Петербург 2005 стр.148

3. Циркин В. И., Багаев В. И., Бейн Б. Н. Роль дофамина в деятельности мозга (обзор литературы) // Вятский медицинский вестник. 2010. №1 С.7-18.

4. Варбанец Е. И., Годован В. В., Шандра А. А. Сравнительное изучение влияния нового ксиларатного комплекса Германия (IV) с литием ксигерма-1, лития хлорида и вальпроевой кислоты на амфетамин-усиленные реакции самостимуляции у крыс // Казанский мед.ж.. 013. №3 С.344-349.

5. Olds, J., and P. Milner. Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain. J. Comp. Physiol. Psychol. 1954 47:419-27.

6. Panksepp, J., Knutson, B., & Burgdorf, J. (2002). The role of brain emotional systems in addictions: A neuro-evolutionary perspective. Addiction, 97, 459-469.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОМПЛАЕНТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Березуцкий Иван Владимирович

ГУ ДМА, г. Днепропетровск, Украина

Ключевые слова: пациенты пожилого и старческого возраста, психологические особенности.

Термины «комплаенс» (англ. *compliance* —– согласие) и «приверженность к лечению» (*adherence*), являющиеся по сути дела синонимами, отражают степень соответствия поведения больного рекомендациям врача в отношении приема препаратов, соблюдения диеты и других терапевтических мероприятий. И хотя не существует единой общепризнанной системы оценки комплаентности и даже смысловое содержание у различных авторов отличается, ее значение трудно переоценить. Доказана четкая зависимость между приверженностью к терапии и эффективностью последней. Неточное соблюдение врачебных рекомендаций приводит к прогрессированию заболевания, увеличению длительности и стоимости лечения, развитию осложнений и побочных эффектов. Это в свою очередь порождает недоверие пациента как к врачу, так и к самой идее успешного лечения [1]. Психологические особенности пациента – один из основных факторов, которые необходимо учитывать лечащему врачу вне зависимости от его специальности для достижения взаимопонимания с больным. На необходимость учета индивидуально-типологических особенностей личности конкретного пациента, внутренней картины болезни, когнитивно-аффективных особенностей, указывают результаты множества исследований проблемы комплаентности [2].

Гериатрическая группа – преобладающая не только у врача широкого профиля (терапевт, семейный врач), но и у врачей большинства специальностей. Демографическая ситуация, определяющая такое положение дел в последние десятилетия характерна не только для стран постсоветского пространства, но и для стран евросоюза. В США доля людей старше 60 лет составляет 12%, при этом они потребляют примерно 30% всех выписываемых в этой стране лекарственных средств [3].

Социально-экономический фактор оказывает сильнейшее влияние на комплаентность гериатрических пациентов, стоимость назначенных к приему препаратов часто превышает доходы пенсионера и ставит его в еще большую зависимость от работоспособных родственников. Психология любого человека очень сильно зависит от его доходов и определяет его оценку необходимости в тех или иных товарах и услугах. Мария Эбнер Эшенбах точно подметила, что *«врачей ненавидят либо из убеждения, либо из экономии»*. Среднестатистический пенсионер предпочитает отечественные препараты импортным, так как *«их не подделывают»*, а не потому, что дешевле. Он отказывается длительно принимать несколько лекарств, так как это *«вредно для печени»*, а не потому, что не позволяет бюджет. Так же он уверен, что врачи и реклама рекомендуют препараты потому, что *«имеют процент с продаж»*, а не потому, что в них действительно есть необходимость [4]. Нынешнее поколение пожилых людей выросло и сформировалось в условиях, когда вся ответственность за их здоровье лежала на системе государственного здравоохранения. В искаженном советской системой общественном сознании образ пожилого человека ассоциировался с образом «больной человек», а сам период старости провозглашался как «период дожития». Для многих пожилых людей это сформировало ложную психологическую установку, оправдывающую бездеятельность в отношении собственного здоровья и негативное отношение к системе здравоохранения [5].

Корректировка такой психологической установки для достижения комплаенса просто необходима, а для ее осуществления важно учитывать весь комплекс психологических особенностей, присущих пожилому пациенту.

Одним из важных факторов, определяющих психологические особенности пожилого пациента, получил название «кризис пожилого возраста». К основным характеристикам кризиса пожилого возраста относятся ригидность и косность взглядов, негативное отношение к себе и к действительности, субъективное чувство одиночества и невостребованности в обществе, на благо которого трудился всю жизнь. Усугубляют течение кризиса трудности с принятием собственной жизни и осознание ее конечности: осталось не так уж и много, а того что хотел – так и не успел сделать [6].

Все эти особенности определяют особые трудности для медицинских и социальных работников в работе с пожилыми пациентами. Пожилой возраст как правило сопровождается развитием социально-психологической дезадаптации, которая влечет за собой стимуляцию физических и психических резервов, изначально сниженных в данной возрастной группе пациентов. На фоне инволютивной психологической дезадаптации вследствие возникшего заболевания могут развиться такие преходящие нарушения, как тревожные состояния, астенический и ипохондрический синдромы. Длительные аффективные состояния часто изменяют течение физиологических процессов, перестраивая организм на иной уровень функционирования, связанный с напряжением механизмов адаптации, что может привести к формированию вторичной соматической декомпенсации [7]. Основное, что характеризует старение, – это снижение психической активности, выражающееся в сужении объема восприятия, затруднении сосредоточения внимания, замедлении психомоторных реакций. Взаимодействие и взаимовлияние всех биосоциальных факторов старения существенно изменяют психический склад человека, его личность и все формы психической

деятельности. Психологический «портрет» пожилого человека – это снижение самооценки, неуверенность в себе, недовольство собой; опасение одиночества, беспомощности, обнищания, смерти; угрюмость, раздражительность, пессимизм; снижение интереса к новому, эгоистичность, эгоцентричность, повышенное внимание к своему телу; неуверенность в завтрашнем дне – все это делает стариков мелочными, скупыми, сверхосторожными, педантичными, консервативными, малоинициативными [8].

Врач – самый влиятельный агент формирования комплаентности, его авторитет и личностные свойства приобретают особое значение. Тесные и устойчивые связи, которые обычно формируются в гериатрической практике между врачом и пациентом, помогают добиться взаимопонимания. Пациент и его семья проникаются пониманием необходимости выполнения назначений врача. А врач понимает и учитывает при назначении лечения все особенности пожилого пациента и его семьи [9]. Существуют уже оправдавшие себя на практике «технические» приемы решения типичных проблем комплаентности. Так, с целью исключения полипрагмазии лечащий врач берет на себя роль координатора стратегии и тактики ведения пациента и согласовывает назначения всех специалистов. Для уменьшения количества назначений из плана лечения убираются препараты, дублирующиеся по эффекту. Предпочтение при выборе фармпрепаратов отдается лекарствам, обеспечивающим множественные эффекты. Для снижения кратности приема выбираются пролонгированные препараты суточного действия. Снижение общего количества приемов лекарств достигается назначением комбинированных по составу и пролонгированных по действию препаратов. Известно, что на отношение пациента к лекарству влияет даже его внешний вид и органолептические свойства. Все перечисленные действия позволяют снизить финансовые затраты на терапию, что чрезвычайно важно для повышения комплаентности. Если есть необходимость, возможно дальнейшее

снижение стоимости лечения путем замены оригинальных препаратов на генерические. Для преодоления сложностей, обусловленных когнитивными расстройствами, можно использовать «напоминалки» (от табличек с крупным шрифтом до электронных гаджетов). Всегда актуально контролирующее участие как родственников, так и самого врача. Очень важна возможность быстро связаться с врачом в случае необходимости и получить консультацию [10].

Таким образом, достижение высокой приверженности терапии пожилых пациентов возможно за счет комплекса мероприятий, главная организационная роль в котором принадлежит лечащему врачу.

Список литературы:

1. *Данилов Д. С. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика . 2014. №2. С.4-12.*

2. *Ложкина Л. И. Комплаенс как актуальная проблема медицинской психологии: теоретико-методологические аспекты // Изв. Сарат. ун-та Нов. сер. Сер. 2015. №3. С.75-80.*

3. *Новокрещенова И. Г., Чунакова В. В. Организация медико-социального обслуживания граждан пожилого возраста // БМИК . 2013. №12. С.1339-1342.*

4. *Киселева Т. Г., Бобик Т. В. Исследование социально-психологических проблем пожилых людей // IN SITU . 2015. №1. С.116-118.*

5. *Колпина Л. В., Городова Т. В. Геронтологический эйджизм: причины возникновения и проблемы преодоления // Фундаментальные исследования. 2015. №2-17 С.3871-3874.*

6. *Рыбинская А. В. Психологические характеристики кризиса пожилого возраста // Вестник ТГУ. 2013. №7 (123) С.128-132.*

7. Аксенов М. М., Стоянова И. Я., Цыбульская Е.В. Психологические особенности пациентов пожилого возраста с непсихотическими психическими расстройствами // Вестник ТГПУ. 2015. №3 (156) С.58-63.

8. Боженкова К.А. Психологические особенности людей пожилого возраста // Приволжский научный вестник. 2016. №3 (55) С.130-132.

9. Кузнецова Л.Б. Психологические особенности переживания процесса старения // Научные ведомости БелГУ. Серия: Гуманитарные науки. 2015. №24 (221) С.173-181.

10. Назаров М. И., Денисова Т. П., Юанов А. А. Психологические основы лечебной и профилактической работы с пациентами старших возрастных групп // Саратовский научно-медицинский журнал. 2015. №1 С.056-058.

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ГЛАУКОМОЙ, С РАЗНЫМ ТИПОМ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Бибекова Жазира Бектурсыновна

КГМУ, г. Караганда, Казахстан

Ключевые слова: глаукома, тревога, стресс, психосоматика, прогрессирование глаукомы, психоэмоциональные факторы.

Глаукома является одной из наиболее актуальных проблем современной научной и практической офтальмологии. В связи с этим оптимизация диагностических и терапевтических программ для больных глаукомой, прогрессирование которой может быть связано с психоэмоциональными стрессами, является приоритетной задачей. В мире зарегистрировано 100 млн больных глаукомой, из них 6-7 млн слепых. Угрожающе звучит тот факт, что каждую минуту в мире слепнет 1 взрослый человек, каждые 10 минут слепнет 1 ребенок. В Казахстане глаукома лидирует среди основных причин неизлечимой слепоты и слабовидения. Ежегодно регистрируется около 10000 новых случаев заболевания. По данным официальной статистики на конец 2014 г. количество зарегистрированных больных глаукомой составило 63 273 человек[1].Существуют факторы риска, влияющие на возникновение и прогрессирование глаукомного процесса. С позиции психосоматического подхода возникновение прогрессирования болезней возникает на почве множественных этиологических факторов. Среди этиологических причин помимо органической дисфункции большую роль могут играть аффективно-эмоциональные факторы. Многочисленными исследованиями доказано влияние психосоматических взаимодействий на раз-

витие и прогрессирование целого ряда соматических заболеваний, таких как бронхиальная астма, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Однако изучение психосоматических взаимодействий прогрессирования глаукомы остается малоизученным[2].

Целью нашего исследования явилось изучение уровня личностной, ситуационной и семейной тревожности у больных с разным типом течения глаукомы для проведения корреляции между уровнем тревожных расстройств и прогрессированием заболевания.

В процесс исследования вошли 100 пациентов, страдающих глаукомой, в возрасте 40-70 лет, из них мужчин 40 (40%), женщин 60 (60%). Основную группу составили пациенты с нестабилизированным течением ПОУГ (первичная открытоугольная глаукома) в количестве 50 человек (18 женщин-36%, 32 мужчин-64%), контрольную - 50 человек (22 женщин-44%, 28 мужчин-56%) со-стабилизированным типом течения заболевания. В обеих группах учитывалось происхождение, стадия глаукомы, лечение, а так же отсутствие хронической патологии со стороны различных органов и систем, операции, травмы и т. п.[3].В каждой из групп по методике диагностики самооценки Спилберга – Ханина (1976-1978г.г.) изучался уровень тревожности в данный момент (ситуационная тревожность как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека), по опроснику «Анализ семейной тревоги» (АСТ; Э.Эйдемиллер, В.Юстицкис, 1999г.) - общий фон переживаний индивида, связанного с его позицией в семье, с тем, как он воспринимает себя в семье. Для получения достоверных результатов использовались методы статистической обработки данных (программа SPSSStatistics22win32).

Личностная тревожность (ЛТ) характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги. Очень высокая личностная тревожность прямо

коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями**.** Ситуационная тревожность (СТ) характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью и служит ответной реакцией на происходящее.

Нами были выявлены разные по интенсивности показатели методики самооценки уровня тревожности Спилберга-Ханина между двумя исследуемыми группами пациентов (таблица 1).

Таблица 1

Уровни ситуационной и личностной тревожности в исследуемых группах больных глаукомой

	Основная группа				Контрольная группа			
	N	Me	Q25	Q75	N	Me	Q25	Q75
СТ	50	2,85	2,60	3,05	50	1,65	1,50	1,90
ЛТ	50	3,00	2,80	3,20	50	1,83	1,60	2,10

Из таблицы видно, что средний уровень ситуационной тревожности в основной группе (2,85) превышает средний показатель в контрольной группе (1,65) в 1,7 раз. Средний уровень личностной тревожности в основной группе (3,00) превышает средний показатель в контрольной группе (1,83) в 1,6 раз. Наивысший показатель ситуационной тревожности в основной группе (3,05) превышает данный показатель в контрольной группе (1,90) в 1,6 раз, соответственно наивысший показатель личностной тревожности основной группы (3,20) в 2 раза превышает показатель контрольной (1,60). Так же стоит отметить, что показатели уровней самооценки состояния у мужчин основной группы были немного выше, чем у женщин.

Мы продолжили исследование больных по изучению уровня семейной тревоги в данных исследуемых группах по опроснику «Анализ семейной тревоги».В основе «семейной тревоги», как правило, лежит плохо осознаваемая не-

уверенность индивида в каком-то очень для него важном аспекте семейной жизни. Это может быть неуверенность в чувствах другого супруга, в себе. Нередко подобные переживания, противоречащие представлениям о себе, вытесняются, что может проявиться в семейных отношениях в виде тревоги.Важными составляющими «семейной тревоги» являются также ощущения беспомощности и неспособности вмешаться в ход событий в семье, направить его в нужное русло. Индивид с семейно-обусловленной тревогой не ощущает себя значимым действующим лицом в семье, в независимости от того, какую позицию он в ней занимает и насколько активную роль играет в действительности[4].

Согласно полученным данным уровень семейной тревоги у 12% исследуемых(6 человек) основной группы вышел за пределы нормальных показателей, у всех исследуемых в контрольной группе данный показатель соответствовал норме (таблица 2).Уровень семейной напряженности может отражаться на росте индивидуальной тревоги, что так же может способствовать прогрессированию болезненного процесса.

Таблица 2

Уровень семейной тревоги в исследуемых группах больных глаукомой.

	Основная группа			Контрольная группа		
	n	p%	±95%ДИ	n	p%	±95%ДИ
no	44	88	(78,16;97,84)	50	100	(100;100)
yes	6	12	(0;38,66)	0	0	

В нашем исследовании выявлено, что в случаях с нестабилизированным (прогрессирующим) течением глаукомы могут принимать участие факторы личностной, ситуативной и семейной тревоги. С учетом этих данных в программу комплексного психосоматического лечения и реабилитации могут

включаться исследование уровня тревоги у больных глаукомой для проведения психотерапевтической работы с целью нивелирования тревожного компонента. Результаты проделанной работы могли бы способствовать повышению качества оказания медицинской помощи больным с глаукомой, в прогрессировании которой принимают участие, как органические, так и психосоматические факторы.

Список литературы:

1. *Алдашева Н.А., Ботабекова Т.К., Таштитова Л.Б., Исламова С.Е., Асылбекова А.А.Эффективность государственного скрининга на глаукому в Республике Казахстан, Научно-практический журнал.Точка зрения. Восток-Запад. №1 2016.*

2. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. - М.: Ин-т ОГИ, 2004.

3. Сомов Е.Е.Офтальмология. Учебник для студентов медицинских вузов. Москва. «Медицинское информационное агентство», 2008.

4. Кулаков С.А. Основы психосоматики. - СПб.: Речь, 2005.

ОСОБЕННОСТИ МЕТАФОРИЧЕСКОГО И СИЛЛЛОГИСТИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Билык Екатерина Вадимовна, Киселева Полина Андреевна
ФГБОУ ВО РГСУ, г. Москва, Россия

Ключевые слова: нарушения мышления, шизофрения, нейролингвистика, метафоры, идиомы, силлогизмы.

Одно из основных направлений анализа нарушений мышления при шизофрении было заложено Л.С. Выготским в плане нарушения понятийного мышления, которое он связывал с "концептуальной недостаточностью". Основываясь на экспериментально-психологических исследованиях, он полагает, что центральным звеном нарушения познавательных процессов (и не только познавательных) является нарушение формирования понятий [2]. При оказании психологической помощи психически больным необходимо понимание природы и механизмов психических процессов при их нарушении. В большинстве случаев нарушение мышления у больных шизофренией вызвано тем, что в их суждениях доминируют связи, не адекватные конкретным жизненным отношениям [1; 3].

Для более глубокого понимания нарушений мышления нами было проведено исследование особенностей конструктивного понимания метафор и идиом, а также решения логических задач больными шизофренией.

Эмпирическое исследование метафорического и силлогистического мышления больных шизофренией было проведено на базе ГБУ Психоневрологический интернат №12 Департамента труда и социальной защиты населения г.

Москвы. Было обследовано 13 получателей социальных услуг с диагнозом «шизофрения», 9 женщин и 4 мужчины, в возрасте от 20 до 27 лет. В контрольную группу вошли 13 здоровых испытуемых, студентов Российского Государственного Социального Университета, Факультета психологии, 9 женщин и 4 мужчины, в возрасте от 19 до 25 лет.

В эксперименте использовались методики «Отнесение фраз к метафорам и идиомам» Б.В. Зейгарник (модификация Т.В. Черниговской) и «Понимание силлогизмов» В.М. Бехтерева [1; 3; 5]. Задания предъявлялись сериями по 10, всего 3 серии (задания с метафорами, идиомами и силлогистические задачи).

В результате исследования выяснилось, что предъявленные задания выполнялись испытуемыми с шизофренией в среднем в 2,15 раз медленнее, чем контрольной группой (37,99 сек и 18,16 сек соответственно).

Перейдем к более подробному анализу выполнения каждой из серий. При работе с метафорами больные ошибочно выполнили задания в 21,5% случаев, тогда как здоровые испытуемые ошибались лишь в 6,1% случаев; и тратили на это, в среднем, 11,58 сек (контрольная группа – 6,09 сек). Для корректного выполнения задания больным требовалось чуть меньше времени (11,34 сек), чем для ошибочного (12,54 сек).

В заданиях с идиомами больные допускали ошибки в 7,7% случаев, здоровые – в 2,3%; и тратили на это, в среднем, 8,92 сек (контрольная группа – 3,57 сек). В данном случае имела место большая разница во времени между корректными и некорректными выполнениями: 8,02 сек и 19,78 сек соответственно.

Эта тенденция может быть связана с двумя факторами: 1) метафоры и идиомы хранятся в мозге как завершенные элементы [5]; 2) мышление больных шизофренией в больней степени, чем у здоровых людей, наполнено иррелевантными категориями, стимулами, признаками [2]. Из этого можно сделать

вывод, что если данная конкретная метафора (идиома) знакома больному, то для решения задачи, связанной с ней, он просто извлекает актуальную информацию из памяти и дает относительно быстрый, стандартный ответ. Если же метафора (идиома) отсутствует в его «базе данных», он постарается дать ей толкование, опираясь на связи, в большинстве случаев неуместные в данной ситуации, на что уйдет больше времени.

В случае с идиомами, по данным Т.В. Черниговской, их содержание максимально зашифровано, и анализировать его практически бесполезно – идиомы можно только знать или не знать [5]. Следовательно, больной тратит время на пословную дешифровку, которая обречена на неудачу без необходимых для нее штампов (особенно учитывая факт специфического нарушения мышления). Тогда как при работе с метафорами такая дешифровка возможна [5] при условии, что она производится не путем анализа отдельных элементов, а более целостно, комплексно.

Данные нашего исследования свидетельствуют о том, что на работу с метафорами уходит больше времени и допускается большее количество ошибок (по сравнению с идиомами), при этом корректность ответа практически не связана со временем, затраченным на выполнение задания. То есть обработка метафоры больными шизофренией может быть как адекватной (целостной), так и неадекватной (аналитической), причём нарушение обобщения у них делает ее неадекватной в 21,5% случаев. В свою очередь, на работу с идиомами время тратится меньше и ошибок допускается также меньше, при этом некорректный ответ требует в 2,5 больше времени, из чего можно сделать вывод, что идиом содержится в их культурном опыте больше, чем метафор, а попытка их толковать при незнании не приносит адекватного результата.

При исследовании силлогистического мышления, помимо ответа на вопрос задачи, испытуемого просили объяснить, на каком основании он сделал

соответствующий вывод, из чего можно было заключить, каким способом решалась задача: теоретическим (при сопоставлении данных из посылок) или эмпирическим (при привлечении жизненного опыта или его отсутствия). Нами регистрировалось время выполнения и случаи эмпирического решения задач, и были получены следующие данные: в среднем каждое задание выполнялось за 17,49 сек (тогда как в контрольной группе – за 8,5 сек), 43,8% задач решалось эмпирически (в контрольной группе – только 3,9% задач). Полученные результаты позволяют сделать предположение о том, что у больных шизофренией отмечается тенденция к правополушарной стратегии решения силлогистических задач [4; 5]. Таким образом, полученные данные ставят новые вопросы в проблеме особенностей силлогистического мышления у молодых людей больных шизофренией, которые требуют дальнейшего углубленного изучения.

Список литературы:

1. *Зейгарник Б.В. Психология личности: норма и патология: Избранные психологические труды. М.: Издательство Московского психолого-социального института, 2007. 416 с.*

2. *Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. – М.: Издательство «Медицина», 1974. 169 с.*

3. *Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. – М.: ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999. 448 с.*

4. *Савченко Д.В. Вклад межполушарной асимметрии мозга в протекание психических процессов человека // Современное общество, образование и наука. сборник научных трудов по материалам Международной научно-практической конференции: в 16 частях. 2015. С.116-117.*

5. *Черниговская Т.В. Чеширская улыбка кота Шрёдингера: язык и сознание. М.: Языки славянской культуры, 2013. 448 с.*

ЗНАЧИМОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ЧАСТНОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Большакова Полина Дмитриевна
ФГБОУ ВО РГСУ, г. Москва, Россия

Ключевые слова: медицинский и психологический психотерапевт, роль диагностики в психотерапии, частная психотерапевтическая практика.

В психологическом и медицинском сообществе до сих пор существует борьба за право того, кого можно называть психотерапевтом, а кого нет. Существуют различные точки зрения на этот счёт, однозначного мнения нет.

Для обычного человека, не связанного с медициной или психологией, тема определений психотерапевта, психолога или психиатра – это вообще тёмный лес. Не говоря о том, что этот вопрос остаётся спорным даже для представителей этих профессий.

Кто такой психотерапевт в России или два актуальных взгляда на определение слова «психотерапевт»:

1. По приказу Минздрава звание «врач-психотерапевт» имеют носить только люди с высшим медицинским образованием, закончившие специальность «лечебное дело», получившие квалификацию «психиатра» с дополнительной подготовкой по психотерапии [2].

2. Есть и второй вариант названия «психотерапевт». Психотерапевтом может считаться человек, который имеет высшее гуманитарное образование по психологической (не медицинской) специальности, прошедший дополнительное обучение по одному из направлений видов психотерапии [4].

Таким образом, выделяют два типа «психотерапевтов»: 1) Медицинский психотерапевт; 2) Психологический психотерапевт [1].

Зачастую первые работают по пути психиатрии, в том числе используя медикаментозное лечение, тогда как вторые «лечат словом», используя различные техники психотерапевтического воздействия без использования препаратов.

Если с врачами-психиатрами всё просто, то с психотерапевтами гуманитарного направления не так уж и легко. В чём же заключается основная сложность у психологических психотерапевтов? За неимением медицинского, психиатрического образования велик риск неграмотного воздействия на клиента. Это как минимум, если мы говорим о клиенте. Если же мы подумаем о здоровье и жизни психотерапевта, который не смог вовремя распознать, что перед ним сидит клинически больной человек, то становится ясным насколько опасно таким людям заниматься частной психотерапевтической практикой. При этом хорошо, если они работают в психологическом центре, где присутствует много персонала, а если нет? Если это частный психотерапевт со своим кабинетом? Вот, случись перед ним кризис шизофрении или маниакально-депрессивного психоза, что он будет делать? Эти и другие вопросы стоят на повестке дня.

Как мы можем обезопасить психологических психотерапевтов? Может, стоит запретить им заниматься частной психотерапевтической практикой, предоставив каждому из них места для работы в психологических центрах? Или обязать каждого получать квалификацию психиатра, чтобы с первых слов, человек мог распознать, кто точно сидит перед ним. Этот вопрос очень важен для двух сторон процесса. Люди, с прогрессирующим клиническим заболеванием тоже хотят помощи, но если им начнут оказывать не ту помощь, им станет только хуже. Мы имеем колоссальное оружие в руках непрофессионалов, допуская их к работе со всеми подряд. И это вопрос не их компетентности, а во-

прос государства, которое не может обеспечить всех рабочими местами, где осуществлялся бы приём людей безопасный для двух сторон.

Психологические психотерапевты могут успешно помогать обычным людям, поскольку в вопросах психологии они намного квалифицированнее, чем врачи-психотерапевты, но при этом они в некоторой степени, а иногда вообще некомпетентны в области психиатрии [3; 5].

Кто-то скажет, что существует «каста» клинических психологов, проходящих практику в психиатрических больницах. Ведь действительно, клинические психологи имеют опыт работы с клиническими больными, но разве это одно и то же?

Клиническому психологу, как правило, уже приносят историю болезни пациента с предполагаемым диагнозом [3]. Далее он уже проверяет его высшие психические функции методами пато- и нейропсихологического обследования. В целом же, основная задача клинического психолога задача заключается в дифференциальной диагностике с помощью методик, но не в беседе. Сама же беседа, конечно, присутствует, но она малоинформативная для постановления диагноза. Тем более что клинический психолог и не должен ставить диагноз. Получается, что через беседу, диагноз распознать может только психиатр? Видимо, да. Поэтому даже клинический психолог с психотерапевтической подготовкой не сможет выявить сразу, кто сидит перед ним. Конечно, грубую симптоматику он увидит, а скрытую может и не распознать.

Таким образом, можно с уверенностью сказать, что если бы все психотерапевты обладали умением распознавать клинические нарушения при первичной диагностике клиента на первой сессии психотерапии, то одни не тратили бы время других и не были бы под угрозой опасности жизни и здоровья, как своей, так и клиента.

Список литературы:

1. Голенков А.В., Демакова Т.А., Сафранов С.А., Булыгина И.Е., Орлов Ф.В. Результаты опроса населения о врачах-психотерапевтах и психотерапевтической помощи // Психическое здоровье. 2013. Т.11. №12 (91). С.25.

2. Голенков А.В. Психотерапия и врачи-психотерапевты в представлениях студентов-медиков // Уральский журнал психиатрии, наркологии и психотерапии. 2014. №1. С.47.

3. Махнач А.В. актуальные вопросы профессионального отбора и обучения профессии «психотерапевт» // Консультативная психология и психотерапия. 2011. №2 (69). С.204.

4. Романова И.Е. Этический кодекс психологов и психотерапевтов // Живая психология. 2014. №1(1). С.48.

5. Эбич А.В. Формирование профессиональной идентичности психотерапевта // Психическое здоровье. 2009. Т.7. №7. С.50.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И ЛИЧНОСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Бочек Юлия Васильевна, Зарубина Наталья Владимировна
ЯрГУ им. П.Г.Демидова, г. Ярославль, Россия

Ключевые слова: рассеянный склероз, эмоциональные изменения, личностные изменения.

Изучение рассеянного склероза сегодня является одним из наиболее динамично развивающихся разделов клинической неврологии и актуальным направлением для врачей неврологов, психиатров и клинических психологов. Интерес к данному расстройству связан, прежде всего, с возрастом, в котором дебютирует рассеянный склероз - от 10 до 59 лет, а также выраженностью эмоциональных и когнитивных нарушений. В настоящее время в мире насчитывается около 2,5 млн. больных рассеянным склерозом, в России — более 150 тыс. [2].

Увеличение распространенности рассеянного склероза, а также инвалидизация больных в трудоспособном возрасте и затраты на социальную помощь, определяют социальную и экономическую значимость проблемы, связанной с этим заболеванием.

И очень важно помнить о влиянии не только физиологического аспекта заболевания, а также и о психологическом аспекте – как больной переносит заболевание, как относится к нему, как справляется с ним.

В исследованиях Пезешкиана Н.[6], Лемешевской А.А.[4], Кузнецовой Л.А.[3], Алексеенко Е.В.[1], Резниковой Т.Н.[7,8] и др. отмечается наличие у больных депрессии (более 50%), астении и повышенной тревожности.

Разнообразие эмоционально-личностных нарушений, а также возможные подходы к их коррекции являются главными определяющими факторами изучения и самого рассеянного склероза, и уровня психологического благополучия больных этим заболеванием.

Цель исследования: изучение эмоциональных и личностных изменений у больных с рассеянным склерозом.

Задачи исследования:

1. Выявить особенности эмоциональных изменений у больных рассеянным склерозом.

2. Выявить особенности личностных изменений у больных рассеянным склерозом.

3. Выявить взаимосвязь между эмоциональными и личностными нарушениями.

Гипотезы исследования:

1) Есть зависимость между уровнем личностной тревожности и личностными характеристиками больных.

2) Есть зависимость между уровнем депрессивного состояния и уровнем личностной тревожности больных.

3) Есть зависимость между уровнем депрессивного состояния и личностными характеристиками.

Объект исследования: больные рассеянным склерозом.

Предмет исследования выявление эмоциональных изменений и личностных особенностей у больных с рассеянным склерозом.

Обследование проводилось на базе Кафедры нервных болезней с медицинской генетикой и нейрохирургией Клинической больницы №8 г. Ярославля. В обследовании принимали участие 24 больных рассеянным склерозом в воз-

расте от 18 до 60 лет, из них (16 женщин и 8 мужчин). Все больные когнитивно сохранны и не подвержены инвалидизации.

В ходе обследования было выявлено, что стресс является пусковым механизмом заболевания у 12 испытуемых (50% всей выборки).

В ходе исследования выявлено, у 40% испытуемых депрессия отсутствует, а у 60% - депрессия колеблется от легкого уровня до выраженного.

При диагностике астении было выявлено, что у 48% испытуемых астения отсутствует, а у 52% - астения слабо выраженная или легкого уровня.

При диагностике ситуативной тревожности, было выявлено следующее: низкая тревожность – у 4,2% испытуемых; умеренная тревожность – у 50% и высокий уровень тревожности – у 45,8%.

При диагностике личностной тревожности было выявлено, что у 8% испытуемых уровень тревожности низкий, у 20% - умеренный, а у 72% - высокий уровень.

Нами также выявлены личностные особенности у больных с рассеянным склерозом, такие как повышенная тревожность, старательность, добросовестность, с одной стороны, и паранойяльность - с другой.

Обработка данных и статистический анализ результатов проводился в системе IBM SPSS 22.0 с использованием коэффициента корреляции Кендалла (Kendall tau rank correlation coefficient).

Таблица 1

Сводная таблица полученных корреляций:

	Д	Hs	D	Hy	Pd	Pa	Pt	Sc	Ma
ЛТ	**0,489****	0,49	0,392*	0,115	0,101	0,277	0,289	0,15	0,149
Д	-	0,216	**0,551****	0,249	0,143	0,354*	0,28	0,298	0,257

* - корреляция на уровне значимости p<0,05

** - корреляция на уровне значимости p<0,001

Таким образом, подтвердилась гипотеза о корреляции между уровнем депрессивного состояния (Д) и уровнем личностной тревожности больных (ЛТ) где tay-b Кендалла = 0,489 (при p=0,01). Это, вероятно, связано с тем, что и депрессия, и тревожность имеют схожие проявления, что порой их даже сложно различить (например, нарушение сна, дезадаптация, снижение массы тела, пониженное настроение и др.). Проявления депрессии и личностной тревожности связаны также с тем, что эти проявления связаны у больного с мыслями о будущем, о возможной вероятности инвалидизации и мн.др.

Также есть корреляция между уровнем личностной тревожности (ЛТ) и шкалой депрессии (D), где tay-b Кендалла = 0,392 (при p=0,05), остальные шкалы не коррелируют. Шкала «Депрессия» в методике означает тревожность, поэтому описывается личность с такими характеристиками, как чувствительность, склонность к тревогам, робость, застенчивость, осторожность при принятии решения. Можно утверждать, что эта шкала описывает человека с высоким уровнем личностной тревожности, отсюда и имеет место взаимосвязь между ними.

Также выявлена корреляция между уровнем депрессии (Д) и уровнем шкалы депрессии (D), где tay-b Кендалла = 0,551 (при p=0,01). Это вполне очевидно, учитывая, коморбидность тревожно-депрессивного компонента.

Наконец, выявлена корреляция между уровнем депрессии (Д) и уровнем шкалы паранойяльности, где tay-b Кендалла = 0,354 (при p=0,05). Это вполне достоверно, так как шкала «Паранойяльность» описывает личность, склонную к агрессии, обидчивости и созданию сверхценных идей. Но также наблюдается сочетание чувствительности и обидчивости с жалобами на недостатки окружающих. Вероятно, это связано с некоторыми проявлениями депрессии (на-

пример, с неудовлетворенностью, пониженным настроением, пессимизмом, раздражительностью).

Можно заключить, что мы можем частично наблюдать взаимосвязь между эмоциональными изменениями (депрессия, личностная тревожность) и некоторыми личностными изменениями.

Список литературы:

1. Алексеенко Е.В., Сысоева О.С., Смагина И.В., Федянин С.А. Изменения психологического статуса у больных рассеянным склерозом // Бюллетень сибирской медицины. 2008. № 5. С. 11–13.

2. Бойко А.Н., Гусева М.Е., Сиверцева С.А. Немедикаментозные методы лечения и образ жизни при рассеянном склерозе – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 240 с.

3. Кузнецова Л.А., Малкова Н.А., Шубина О.С. и др. Биоповеденческая терапия рассеянного склероза // Бюллетень СО РАМН. 2004. № 3. С. 92–97.

4. Лемешевская А.А. Эмоционально-личностные и когнитивные нарушения при рассеянном склерозе, М., 2005. 32 с.

5. Майда Е. Справочник по рассеянному склерозу для больных и их близких, М.: Интерэксперт, 1999.

6. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. М.: Медицина, 1996. 464 с.

7. Резникова Т.Н., Терентьева И.Ю., Селиверстова Н.А., Хоменко Ю.Г. Психологическое исследование больных рассеянным склерозом // Журн. неврол. и психиатр. 2007. Т. 107, № 7. С. 36–42.

8. Резникова Т.Н., Селиверстова Н.А., Никифорова И.Г., Ароев Р.А. Психологические варианты эмоциональных нарушений у больных с рассеянным склерозом // Вестник психотерапии. 2012. № 41. С. 99–108.

ОЦЕНКА УРОВНЯ СТИГМАТИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В И С У ЛЮДЕЙ С МЕДИЦИНСКОЙ ПОДГОТОВКОЙ И БЕЗ ПОДГОТОВКИ

Брюхович Алеся Михайловна, Окулова Екатерина Олеговна
ФГБОУ ВО Кировская ГМА Минздрава России, г.Киров, Россия

Ключевые слова: хронические вирусные гепатиты, уровень стигматизации.

Вирусные гепатиты — группа инфекционных заболеваний человека, которые вызываются различными вирусами и имеют разнообразные механизмы передачи и разные исходы. По широте распространения, уровню заболеваемости, тяжести течения, частоте развития хронических форм и наносимому экономическому ущербу вирусные гепатиты занимают в России одно из ведущих мест в инфекционной патологии человека. В последние годы в России регистрируют заметное снижение заболеваемости острыми вирусными гепатитами с парентеральным путем передачи. Так, заболеваемость острым гепатитом В в 1999 г. составляла 43,5 на 100 000 населения, в 2009 г. — 2,7 на 100 000 населения, а к началу 2013 г. — 1,42 на 100000 населения, что соответствует уровням заболеваемости острым гепатитом В в развитых странах. Заболеваемость острым гепатитом С составила в 2009 г. — 19,3 и 2,2 на 100 000 населения, в 2011 г. — 1,8 на 100 000 населения соответственно. Снижение заболеваемости острыми гепатитами В и С в России в последние годы связано с введением в Национальный календарь профилактических прививок обязательной вакцинации против гепатита В, а также совершенствованием комплекса мероприятий, направленных на

предупреждение парентерального заражения в медицинских учреждениях и учреждениях немедицинского профиля, усилением борьбы с наркоманией [1]. Однако хронические гепатиты В и С остаются серьезной социальной проблемой общества. Многие люди, перенёсшие гепатит В или С, остаются без работы, изгоями в обществе, что отрицательно сказывается на их психоэмоциональном и материальном состоянии. Всё это связано с непониманием и незнанием общества о путях передачи вирусов гепатита В и С, а также способах защиты от них.

Целью нашей работы было изучение и анализ данных статистики, отражающих состояние осведомлённости о путях передачи вирусных гепатитов В и С, а также отношение к больным вирусными гепатитами В и С среди людей, имеющих медицинскую подготовку и не имеющих таковую.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 318 человек из числа студентов медицинской академии и ВУЗа немедицинского профиля, медицинских работников различных специальностей, а также взрослого населения немедицинских специальностей. Из них группа А (гр.А) – студенты медицинской академии и медицинские работники различных специальностей – 126 человек в возрасте от 20 до 53 лет; группа В (гр.В) – студенты Вятского государственного университета технических специальностей и взрослое население немедицинских специальностей – 192 человека в возрасте от 17 до 76 человек, среди которых проводилось анонимное анкетирование. Вопросы оригинальной анкеты содержали в себе информацию о путях распространения вирусных гепатитов В и С, отношении к больным хроническими вирусными гепатитами В и С.

Результаты исследования. В результате анализа анкет, удалось выяснить, что люди из группы А и В ошибочно считают, что вирус гепатита С передаётся при совместном приёме пищи с больным – 3% и 37% опрошенных

соответственно, а вирус гепатита В таким же путём - 8% и 62% опрошенных. Не знают ответ на данный вопрос 2% опрошенных из группы А (с медицинской подготовкой) и 82% из группы В (без медицинской подготовки). 31% и 25% людей из группы В считают, что необходимо избегать общения с больными хроническим вирусным гепатитом В и С соответственно, процент ответов в группе А 6% и 0,8%. Не согласились бы жить в одной комнате с больным хроническим гепатитом В 56% опрошенных из группы В, а с больным хроническим гепатитом С 47% опрошенных из этой же группы. Люди с медицинской подготовкой ответили также в 33% случаях. Отдать ребёнка в одну группу детского сада с больным хроническим гепатитом В согласились бы только 31% и 9% человек из группы А и В соответственно, а с больным ребёнком хроническим гепатитом С – 29% и 17% человек. Практически никто не приостановит общение с близким другом или родственником, если узнает, что он болен хроническим гепатитом В или С – это более 90% опрошенных в группе А и 70% опрошенных из группы В. Однако 16% и 6% человек из группы В задумались бы об увольнении с работы больного хроническим гепатитом В и С соответственно.

Выводы. Таким образом, мы выяснили, что люди, не имеющие медицинской подготовки не знают путей распространения вирусных гепатитов В и С. Это ведёт к отрицательному отношению общества к больным хроническими вирусными гепатитами В и С. Однако в ходе исследования было выявлено, что и люди медицинских специальностей, даже зная о путях передачи вирусов гепатита В и С, опасаются контактов с такими больными (не согласились бы жить в одной комнате, не отдали бы ребёнка в одну группу детского сада). Для преодоления данной проблемы в обществе необходимо проводить просветительскую работу среди всех слоёв общества, ведь больные люди тоже имеют право на полноценную жизнь.

Список литературы:

1. Ющук Н.Д., Климова Е.А., Знойко О.О., Кареткина Г.Н., Максимов С.Л, Маев И.В. Вирусные гепатиты. Клиника, диагностика, лечение. [Электронный ресурс], 2014г. Режим доступа: http://www.booksmed.com/infekcionnye-bolezni/2740-virusnye-gepatity-klinika-diagnostika-lechenie-yuschuk.html

2. Е. А. Иоанниди, И. В. Макарова, Е. А. Беликова. Лечение хронических гепатитов: учебно-методическое пособие. [Электронный ресурс], 2012г. Режим доступа: http://www.volgmed.ru/uploads/files/2012-10/14302-lechenie_hronicheskih_gepatitov.pdf

3. Информационный бюллетень ВОЗ (по вирусному гепатиту В) № 204 от марта 2015г. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/ru/

СРАВНЕНИЕ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ У НАРКОЗАВИСИМЫХ ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Бутаков Игорь Николаевич
ФГБОУ ВО ЧелГУ, г. Челябинск, Россия

Ключевые слова: наркозависимые лица; ценностные ориентации.

По данным современных исследователей, наркомания заняла первое место среди причин преждевременной смерти людей, опередив сердечно-сосудистые и злокачественные заболевания [4]. Физиологические основы наркозависимости являются в настоящее время достаточно разработанными, тогда как ее психологические механизмы изучены в меньшей степени. При этом разные авторы делают акцент на таких психологических аспектах данной проблемы, как аутоагрессия [2; 5; 6], защитная активность личности перед лицом трудностей, препятствующих удовлетворению наиболее значимых для нее потребностей [1], искажения в ценностно-смысловой сфере личности [3; 4] и пр. Многие ученые единодушны в том, что искажения в ценностно-смысловой сфере наркозависимого пациента обусловливают его резистентность к лечебному и коррекционному воздействию [1; 3; 7]. Однако особенности ценностных ориентаций у наркозависимых лиц на разных стадиях заболевания до конца не изучены.

Цель исследования – изучить особенности ценностных ориентаций у наркозависимых лиц, находящихся на разных стадиях заболевания.

В исследовании приняли участие 60 пациентов с диагнозом «Синдром наркотической зависимости», в том числе 30 наркозависимых лиц, находящих-

ся на момент проведения исследования в актуальном статусе, и 30 наркозависимых лиц, находящихся на момент проведения исследования в стадии ремиссии. Преимущественный способ употребления наркотиков у испытуемых – инъекционный (внутривенный). В группе наркозависимых лиц, находившихся на момент проведения исследования в актуальном статусе, было 18 мужчин и 12 женщин в возрасте 22-30 лет. У 6 испытуемых этой группы констатирована преимущественно опийная наркомания, у 8 испытуемых – героиновая наркомания, у 16 испытуемых – употребление дезоморфина. В группе наркозависимых лиц, находящихся на момент проведения исследования в стадии ремиссии, было 19 мужчин и 11 женщин в возрасте 22-30 лет. У 7 испытуемых этой группы констатирована преимущественно опийная наркомания, у 9 испытуемых – героиновая наркомания, у 14 испытуемых – употребление дезоморфина.

Методы исследования: «Ценностные ориентации» М. Рокича, «Диагностика реальной структуры ценностных ориентаций личности» С. С. Бубновой. Для математико-статистического анализа применялся критерий Манна-Уитни.

Результаты исследования терминальных ценностей с помощью опросника М. Рокича в двух группах наркозависимых лиц показали, что приоритетными терминальными ценностями в группе наркозависимых лиц с актуальным статусом являются «развлечение», «материальная обеспеченность», «свобода», «наличие хороших друзей», в группе наркозависимых в стадии ремиссии – «здоровье», «продуктивная жизнь», «счастливая семейная жизнь» и «уверенность в себе». К отвергаемым терминальным ценностям у наркозависимых лиц с актуальным статусом относятся «познание», «развитие», «счастье других», «интересная работа», у наркозависимых лиц в стадии ремиссии – «развлечение», «материальная обеспеченность», «свобода», «наличие хороших и верных друзей». В сравнении с наркозависимыми лицами в стадии ремиссии у наркозависимых лиц с актуальным статусом достоверно снижена субъективная значи-

мость терминальных ценностей «здоровье», «счастье других», «продуктивная жизнь» (для всех $p \leq 0,01$), и «жизненная мудрость» ($p \leq 0,05$). При этом в сравнении с наркозависимыми лицами в стадии ремиссии у наркозависимых лиц с актуальным статусом достоверно повышена субъективная значимость терминальных ценностей «развлечение» ($p \leq 0,01$), «материальная обеспеченность» и «свобода», «наличие хороших друзей» (для всех $p \leq 0,05$).

Результаты исследования инструментальных ценностей с помощью опросника М. Рокича показали, что приоритетными инструментальными ценностями в группе наркозависимых лиц с актуальным статусом являются «независимость», «высокие запросы», «смелость в отстаивании своего мнения, взглядов», «жизнерадостность», в группе наркозависимых лиц в стадии ремиссии – «терпимость», «исполнительность», «самоконтроль» и «честность». К группе отвергаемых инструментальных ценностей у наркозависимых лиц с актуальным статусом относятся «самоконтроль», «ответственность», «честность», «образованность», у наркозависимых лиц в стадии ремиссии – «непримиримость к недостаткам в себе и других», «высокие запросы», «независимость», «смелость в отстаивании своего мнения, взглядов». В сравнении с наркозависимыми лицами в стадии ремиссии у наркозависимых лиц с актуальным статусом достоверно снижена субъективная значимость инструментальных ценностей «самоконтроль» и «честность» (для всех $p \leq 0,01$). При этом в сравнении с наркозависимыми лицами в стадии ремиссии у наркозависимых лиц с актуальным статусом достоверно повышена субъективная значимость следующих инструментальных ценностей: «независимость», «высокие запросы» (для всех $p \leq 0,01$), «смелость в отстаивании собственного мнения» и «жизнерадостность» ($p \leq 0,05$).

Результаты исследования с помощью методики С. С. Бубновой показали, что наибольшую значимость для наркозависимых лиц, находящихся в актуальном статусе, имеют ценности «высокое материальное благосостояние», «прият-

ное времяпрепровождение», «общение», для наркозависимых лиц, находящихся в стадии ремиссии, – «помощь и милосердие к другим людям», «здоровье», «социальная активность для достижения позитивных изменений в обществе». У лиц в стадии ремиссии значимо выше показатели по таким ценностям как «здоровье» ($p \leq 0,01$), «помощь и милосердие к другим людям», «социальная активность для достижения позитивных изменений в обществе» ($p \leq 0,05$), тогда как у лиц с наркозависимостью в актуальном статусе более значимы ценности «приятное времяпрепровождение» и «материальное благосостояние» ($p \leq 0,05$).

Выводы:

1. Анализ структуры ценностных ориентаций наркозависимых лиц показал, что в структуре терминальных ценностей наркозависимых лиц в актуальном статусе преобладают ценности материальной обеспеченности, развлечения и свободы, тогда как у наркозависимых лиц в стадии ремиссии на первый план выходят ценности здоровья, продуктивной жизни, счастливой семейной жизни.

2. В структуре инструментальных ценностей наркозависимых лиц с актуальным статусом в целом преобладают индивидуалистические ценности и ценности самоутверждения, тогда как у наркозависимых лиц в стадии ремиссии первые по значимости места занимают ценность «терпимость», «исполнительность», «самоконтроль» и «честность».

3. Анализ реальной структуры ценностных ориентаций показал, что в группе наркозависимых лиц в стадии ремиссии значимо выше показатели ценностей «здоровье», «помощь и милосердие к другим людям», «социальная активность для достижения позитивных изменений в обществе», а в группе лиц с наркозависимостью в актуальном статусе более значимы ценности «приятное времяпрепровождение» и «высокое материальное.

Заключение. Настоящее исследование было направлено на изучение специфики ценностных ориентаций в двух группах лиц, страдающих наркотиче-

ской зависимостью: в группе наркозависимых лиц, находящихся на момент проведения исследования в актуальном статусе, и в группе наркозависимых лиц, находящихся в стадии ремиссии. При анализе структуры ценностных ориентаций в качестве приоритетных для наркозависимых в актуальном статусе были выявлены: материальное благосостояние, развлечения и свобода, что связано с преобладанием в структуре личности гедонистической направленности, а также нежелания подчиняться существующим нормам и правилам, что само по себе заложено в структуре любой аддикции; значимость материального благосостояния обусловлена, скорее всего, острой необходимостью в деньгах для покупки очередных доз. В группе наркозависимых в стадии ремиссии выявлена некоторая трансформация ценностных ориентаций в более позитивное русло, у них на первых позициях в структуре терминальных ценностей преобладают ценности здоровья, что не случайно, поскольку, встав на путь исправления, многие из них осознали, что в ходе употребления психоактивных веществ показатели общего состояния организма заметно ухудшились, и теперь необходимо прилагать определенные усилия для восстановления ресурсов организма. Кроме того, значимыми оказались ценности помощи и милосердия по отношению к другим, направленности на социальную активность, способствующую позитивным изменениям в обществе, что, на наш взгляд, тоже не случайно, поскольку большинство программ реабилитации наркозависимости построено на принципах взаимопомощи, взаимоподдержки себе подобными. Выявленные закономерности были подтверждены математико-статистическим анализом, в ходе которого была доказана значимость различий ценностных ориентаций наркозависимых на разных стадиях заболевания.

Список литературы:

1. Березин, С. В. Психология наркотической зависимости и созависимости / С. В. Березин, К. С. Лисецкий, Е. А. Назаров. – М.: МПА, 2001. – 120 с.

2. Боговарова, В. А. Аутоагрессивное поведение больных алкоголизмом и наркоманией / В. А. Боговарова, В. Ш. Масленникова, А. Н. Грязнов // Казанский педагогический журнал. – 2013. – № 4 (99). – С. 120–125.

3. Гарифуллин, Р. Трансформация смысловых структур наркозависимой личности / Р. Гарифуллин. – М.: Сфера, 2000. – 250 с.

4. Грузд, Л. В. Ценностные ориентации наркозависимой личности: Дис. ... канд. психол. Наук / Л. В. Грузд. – Казань, 1994. – 217 с.

5. Грязнов, И. М. Аутоагрессивное поведение больных алкоголизмом и наркоманией / И. М. Грязнов, Е. Н. Прокофьева, А. Н. Грязнов // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 6. – С. 26–29.

6. Рагозинская, В. Г. Особенности спектральной мощности ЭЭГ при аутоагрессии // Известия высших учебных заведений. Уральский регион / В. Г. Рагозинская. – 2015. – № 2. – С. 97–104.

7. Самыкина, Н. Ю. Динамика ценностно-смысловой сферы личности в процессе наркотизации / Н. Ю. Самыкина, М. Е. Серебрякова. – Самара: Универс групп, 2007. – 148 с.

ДИНАМИКА ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ ДЕПРЕССИИ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРИМЕНЕНИЯ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Вагизова Русина Рустамовна

ПГНИУ, г.Пермь, Россия

Ключевые слова: внутренняя картина болезни, постинсультная депрессия.

Согласно современным эпидемиологическим данным, депрессия относится к группе наиболее распространенных расстройств, встречающихся как в психологической и психиатрической, так и в общесоматической практике. Согласно данным мета-анализа для населения России риск развития большого депрессивного расстройства в течение жизни составляет 9,6% [3].

Депрессия входит в спектр характерных проявлений сосудистого поражения головного мозга, как при острых, так и при хронических нарушениях мозгового кровообращения. По эпидемиологическим данным, депрессия развивается примерно у каждого 3-го больного, перенесшего инсульт, и может негативно влиять на процесс реабилитации [4].

Значительная часть пациентов с постинсультной депрессией не получает лечение, потому что эмоциональные расстройства расцениваются как адекватная реакция на заболевание, инвалидность, утрату социального статуса. Хотя в настоящее время преобладает точка зрения, что при диагностике постинсультной депрессии необходимо ее неотложное лечение, в повседневной медицинской практике это наблюдается не столь часто.

Таким образом, исследования депрессивных расстройств является актуальным социальным запросом в настоящее время. Изучение именно проблемы внутренней картины депрессии обусловлено необходимостью учета роли личности в развитии, течении и исходе депрессивного синдрома, что имеет большое значение для адекватного построения реабилитационных мероприятий, одним из направлений которых является коррекция искаженного субъективного отражения больным проявлений своего заболевания.

Для изучения внутренней картины депрессии мы использовали метод определения понятий, метод изображения (рисунок) на предлагаемый стимул и модификацию методики «Незаконченные предложения», разработанный И. К. Шацем и В.Е. Каганом.

Всего в исследовании приняли участие 58 человек. Экспериментальную группу исследования внутренней картины депрессии составили 29 человек (15 женщин 14 мужчин) с депрессией в возрасте от 20 до 64 лет (средний возраст 39,3 лет). Экспериментальная группа была подразделена на 2 подгруппы:

-15 пациентов городского психотерапевтического центра г.Перми с диагнозом депрессивный эпизод, не связанный с локальным или диффузным поражением головного мозга. Среди пациентов было 10 женщин и 5 мужчин в возрасте от 21 до 52 лет, средний возраст составил 30,4 лет.

-14 пациентов «Центра реабилитации инвалидов г.Перми» с диагнозом постинсультная депрессия. Среди пациентов было 9 мужчин и 5 женщин в возрасте от 20 до 64 лет, средний возраст 47,7 лет.

В контрольную выборку вошли 29 человек, не страдающих на момент обследования депрессией. Отсутствие депрессии оценивалось с помощью методики «Дифференциальная диагностика депрессивных состояний». Среди испытуемых было 19 женщин и 10 мужчин в возрасте от 21 до 66 лет, средний возраст составил 36,4 лет.

Все испытуемые добровольно согласились принять участие в обследовании. Испытуемых просили написать определение термина «Депрессия», закончить 5 предложений и нарисовать настроение на данный момент времени. Испытуемым предоставлялись цветные карандаши.

В соответствии с моделью внутренней картины болезни, выделенной В.В.Николаевой [2], внутреннюю картину депрессии постинсультных пациентов можно представить в следующей таблице:

Таблица 1

Внутренняя картина депрессии постинсультных пациентов

Уровни внутренней картины болезни	Описание уровней внутренней картины болезни (В.В.Николаева)	Содержательная характеристика уровней внутренней картины депрессии у постинсультных пациентов
Чувственный	Характеризует комплекс болезненных ощущений, их локализацию, интенсивность и т.п	Отсутствие жалоб
Эмоциональный	Связан с различными видами эмоционального реагирования на отдельные симптомы, заболевание в целом и его последствия	Грусть, угнетенное состояние, несчастливо, плохо, раздражение

Интеллектуальный	Связан с представлениями и знаниями больного о его заболевании, размышлениями о его причинах и последствиях	Непонимание причин состояния. Определение состояния как временного. Положительная оценка будущего. Наличие внутреннего контроля психического здоровья.
Мотивационный	Связан с определенным отношением больного к своему заболеванию, необходимостью изменения поведения и привычного образа жизни, актуализацией деятельности по возвращению и сохранению здоровья	Сужение сферы интересов, снижение энергии, апатия, поглощенность своим состоянием.

Исследование показало, что постинсультные больные, несомненно, нуждаются в психотерапевтической поддержке. Мишенями психотерапевтической работы, направленной на преобразование внутренней картины депрессии постинсультных больных являются интеллектуальный и мотивационный компоненты. Динамика интеллектуального компонента внутренней картины депрессии предполагает расширение представлений и знаний больного о депрессии, о ее причинах и способах преодоления. Изменение мотивационного компонента будут направлены на расширение сферы интересов.Вследствие утраты прежних интересов они становятся менее активными, поэтому терапия также должна быть направлена на повышение бытовой и социальной активности пациентов.

Перспективным направлением психотерапии при работе с постинсультными больными на наш взгляд, может быть когнитивно-поведенческая терапия. Поведенческие техники будут использованы для развития мотивационной сферы пациентов. Когнитивные техники позволят продемонстрировать пациенту взаимосвязь между собственными мыслями, эмоциями и поведением. Отслеживая и корректируя свои негативные автоматические мысли, пациент научится обращать внимание на разные аспекты ситуаций и вырабатывать более реалистичные оценки и представления.

Список литературы:

1. *Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. — СПб.: Питер, 2003. — 304 с.*

2. *Николаева, В.В. Динамика ВКБ как показатель кризиса развития личности в условиях болезни // В.В. Николаева. – Москва: Издательство МГУ, 1988. – 189 с*

3. *Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б. Депрессия — актуальные проблемы систематики. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2012. - №:2. - с.11-20.*

4. *Hackett M. Depression after stroke and cerebrovascular disease // The behavioral and cognitive neurology of stroke / Ed. by O. Godefroy. Cambridge: Cambridge University Press. 2013. P. 363–374*

ПРЕОДОЛЕВАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ КАК УСПЕШНОСТЬ ПЕРЕЖИВАНИЯ КРИТИЧЕСКИХ СИТУАЦИЙ ПЕДАГОГАМИ

Василевская Елена Александровна
ФГБОУ ВО СГСПУ, г. Самара, Россия

Ключевые слова: переживание, критические ситуации, копинг- стратегии, педагог.

В настоящее время над различными аспектами преодолевающего поведения проблемы работает целый ряд ученых: В.А. Абабков, Л.И. Анцыферова, В.А. Бодров, И.А. Горьковая, А.В. Махнач, С.К. Нартова-Бочавер, И.М. Никольская, В.Д. Сапоровская, Н.И. Сирота, В.А. Ташлыков, С.А. Хазова, В.М. Ялтонский.

В исследованиях К.К.Платонова, Б.М.Теплова, Л.И.Уманского понятие «копинг» трактуется как стрессоустойчивость, а в работах В.С. Мерлина содержание данного понятия раскрывается с позиции «эмоциональной устойчивости».

Общим для всех исследователей является наличие трудной жизненной ситуации. Поэтому Л.И. Анцыферова определяет «копинг» как результат психической переработки индивидом жизненных невзгод с позиций своей, лишь частично осознаваемой «теории» мира [1, с.3–19; 3, с. 202].

Дальнейшие исследования в области совладающего поведения такими учеными, как Т.Л. Крюкова, Е.В. Куфтяк, М.В. Сапоровска, выявляют особое направление, где совладающее поведение рассматривается как поведение субъекта, в котором уделяется внимание ситуационным факторам совладания.

Анализируя понятие психологического преодоления, С.К. Нартова-Бочавера, раскрывая сущность термина «coping», выделяет наиболее эффективную адаптацию человека к требованиям трудной, экстремальной ситуации, отмечая при этом особенности психологического преодоления в зависимости от полоролевых, возрастных характеристик, сферы деятельности и значимости жизненного события [5 , с. 20–30; 3, с. 201].

Необходимым становится раскрытие сути функционирования копинг-процессов, которые предполагают включение когнитивных, моральных, социальных и мотивационных структур личности в процессе совладания с проблемой.

В случае неспособности личности к адекватному преодолению проблемы включаются защитные механизмы, способствующие пассивной адаптации. Принцип психологической защиты заключается в ослаблении внутриличностного напряжения путем искажения существующей действительности или к следующим изменениям организма: психическим перестройкам, телесным нарушениям (дисфункция), проявляющимся в виде хронических психосоматических симптомов; изменениям способов поведения.

Специфика педагогической деятельности определятся, в первую очередь, особенностями критических ситуаций, ставящих субъекта перед необходимостью переживания. Сложность отношений создает ситуации выбора, а где выбор – там и рефлексивное переживание. «…Переживание понимается как особая деятельность, особая работа по перестройке психологического мира, направленная на установление смыслового соответствия между сознанием и бытием, общей целью которой является повышение осмысленности жизни»[2].

Следовательно, чтобы научиться преодолевать эмоционально-сложные ситуации в профессиональной деятельности, необходимо использовать копинг-стратегии.

Изучение стратегий копинг–поведения педагогов в процессе выполнения профессиональной деятельности позволили выявить доминирующие, пассивные и активные адаптивные и неадаптивные копинг-стратегии.

Среди доминирующих копинг-стратегий у педагогов преобладают активные адаптивные, такие как «положительное истолкование и рост», «планирование», «поиск активной общественной поддержки», «активный копинг», но, в тоже время они также используют и пассивные стратегии: «сдерживание», «поиск эмоциональной общественной поддержки» и «подавление конкурирующей деятельности», а также неадаптивные копинг-стратегии: «ментальное отстранение» и «фокус на эмоциях и их выражении».

Стратегиями копинга являются стратегии активного копинга (58%) педагогов, планирования (84%) педагогов, поиска активной общественной поддержки (100%) педагогов, принятия (76%) педагогов, положительного истолкования и личностного роста (100%) педагогов.

Неоптимальными стратегиями признаны стратегии обращения к религии (71,4%) педагогов, сдерживания попыток активного копинга (65%) педагогов, отрицания (74%) педагогов, фокуса на эмоциях и их выражении (85,7%) педагогов, ментального и поведенческого отстранения (100% и 100% соответственно) педагогов, стратегия юмора (57,2%), использования алкоголя (14 %) педагогов.

Субъективная оценка оптимальности стратегий копинга педагогами показала следующее. Педагоги оценивают как стратегии высокой степени оптимальности следующие: планирование (59,4%), поиск активной общественной поддержки (54,1%), положительное истолкование и личностный рост (60,9%), принятие (50,2%). Как стратегии преодоления низкой степени оптимальности оцениваются следующие: подавление конкурирующей деятельности (52,6%),

обращение к религии (63,3%), отрицание (53,1%), поведенческое отстранение (51,2%), использование алкоголя и наркотических веществ (14,1%).

Изучение типа поведения педагогов в сложной жизненной ситуации, а также вариантов выхода из сложных ситуаций, определяющий когнитивные, эмоциональные и поведенческие копинг-стратегии, как сознательных стратегий преодоления стрессовых ситуаций, позволило выявить следующие результаты.

Когнитивные копинг-стратегии (когнитивное преодоление как понимание причин стресса, рациональное осмысление ситуации и своих возможностей, поиск и оценка возможных средств (ресурсов), которые могут быть мобилизованы для преодоления стресса, позитивное мышление относительно стресс-ситуации и своих ресурсов): игнорирование- 56% (О); смирение - 34% (Н) диссимуляция - 55% (О); сохранение самообладания – 69% (О)% проблемный анализ – 73% (П); относительность – 24% (О); религиозность - 74%(О); растерянность – 44%(Н); придача смысла – 23%(О); установка собственной ценности – 68% (О).

Эмоциональные копинг-стратегии (эмоциональное преодоление) – осознание и принятие своих чувств и эмоций, потребностей и желаний, овладение социально-приемлемыми формами проявления чувств, контроль динамики переживания, устранение застреваний, неполного отреагирования: протест-44%(О); эмоциональная разрядка-76%(Н); подавление эмоций- 66%(Н); оптимизм- 56%(П); пассивная кооперация- 13%(О); покорность- 42%(Н); самообвинение- 31% (Н); агрессивность- 23%(Н).

Поведенческие копинг-стратегии (поведенческое (деятельностное) преодоление - перестройка поведения, коррекция стратегий и планов, задач и режимов деятельности, активизация или дезактивация поведения или деятельности): отвлечение-73%(О); альтруизм-45%(О); активное избегание-77%(Н); ком-

пенсация- 34%(О); конструктивная активность-23%(О); отступление- 28%(Н); сотрудничество-55%(П); обращение-43%(О).

Как видно из результатов, наиболее часто выбираемыми копинг-стратегиями у педагогов являются относительно продуктивные копинг-стратегии, помогающие лишь в некоторых ситуациях и непродуктивные копинг- стратегии, которые не устраняют стрессовое состояние, а напротив, способствуют его усилению; продуктивные копинг- стратегии, помогающие быстро и успешно совладать со стрессом выбираются педагогами гораздо реже. Педагоги, которые прибегают к непродуктивным копинг-стратегиям поведения, чаще испытывают симптомы синдромов выгорания и усталости, переживания, неудовлетворенности своей работой и взаимоотношениями с коллегами, чаще попадают в конфликтные ситуации.

Преодолевающее поведение оценивается как успешное в том случае, если оно устраняет физиологические и уменьшает психологические проявления напряжения; дает личности возможность восстановить дострессовую активность; предотвращает дистресс. Одной из приоритетных задач становится формирование навыков продуктивного копинга, что повлечет за собой снижение уровня уровня переживания критических ситуаций в профессиональной деятельности.

Список литературы:

1. Анцыферова, Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысление, преобразование ситуаций и психологическая защита / Л.И. Анцыферова // Психологический журнал 1994. – № 1. – С. 3– 19.

2. Василюк, Ф. Е. Введение понятия переживания в категориальный аппарат теории деятельности // Ф.Е. Василюк Психология переживания: Анализ преодоления критических ситуаций. — М.: Изд-во Московского университета, 1984. — 198 с.

3. Водопьянова, Н. Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика/ Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. 2 – изд. – СПб.: Питер, 2009. – 358 с.

4. Маслоу, А. Мотивация и личность / А. Маслоу. 3-е изд. – СПб.: Питер, 2008. – 181 с.

5. Набиуллина, Р.Р. Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом: учебно-методическое пособие/ Р.Р. Набиуллина, И. В. Тухтарова. – Казань: Казанский Государственный Медицинский Университет, 2003. – 98с.

ОСОБЕННОСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА В ЖИЗНИ В ПСИХОЛОГИИ И МЕДИЦИНЕ

Волкова Оксана Геннадьевна
ИПиП ОГПУ, г.Оренбург, Россия

Ключевые слова: качество жизни,потребности, отношения, психология, медицина.

В современном понимании качество жизни –это совокупность тех условий, которые обеспечивают жизнедеятельность человека и представлены в виде факторов, формирующих эти условия. Качество жизни рассматриваетсякак объект изучения рядом наук. Оно изучается такими дисциплинами как: психология, медицина, экономика, политология, социология, педагогика. Каждая наука по-своему трактует понятие качества жизни[1],[2]. Мы рассмотрим понятие качества жизни с точки зрения психологии и медицины.

С позиции психологии изучение КЖ напрямую связано с изучением потребностей и интересов различных людей, в каждом случае эти потребности и интересы сугубо индивидуальны. Основные акценты в психологических исследованиях качества жизни делаются на определении его основных компонентов: удовлетворенность жизнью, ощущение счастья, психологических особенностей человека, норм поведения человека, его ценностной ориентации, социально-психологической жизнедеятельности в изменяющихся условиях существования индивида[2], [5].

Основными проблемами качества жизни с точки зрения психологии являются: смысл и цель жизни. Изучением данной проблемы занимался Э. Фромм. В своих трудах он указывает на то, что «обладание и бытие являются

двумя основными способами существования человека, преобладание одного из которых определяет различия в индивидуальных характерах людей и типах социального характера»[4]. Такие образы как, «иметь» и «быть» определяют важнейшие составляющие человеческой жизни. Э. Фромм в своих работах подчёркивает, что «иметь» ориентированно на потребление, адаптацию окружающей действительности к своему внутреннему миру. «Быть» направленно на самореализацию и никак не связанно с материальными ценностями и их удовлетворением. Данное понятие по мнению Э.Фроммадаетчеловеку толчок для творения, развития своих способностей и талантов. Исходя из этого следует, что концепция Э.Фромма предполагает, что человек сам предопределяет свое качество жизни и его понятие.

Также КЖ напрямую связанно с понятием смысла жизни. В.Э Чудновский занимался изучением данного понятия. Он выделил несколько уровней смысла жизни, сформулировал понятие «оптимального смысла жизни». Оптимальный смысл жизни – это смысл, который обеспечивает высокое качество жизни[4].

Возникновение интереса к проблеме качества жизни в медицинских науках означает, что врачи за клиническими аспектами болезни начинают видеть исамого человека, учитывать психологическую составляющую болезни, в том числе и отношение больного к своему здоровью.

По определению ВОЗ качество жизни – это восприятие человеком самого себя и своего положения в жизни и обществе, с точки зрения культуры и ценностей, в которых они прибывают, в соответствии с потребностями, нормами, заботами и целями. Также КЖ можно охарактеризовать физическими, эмоциональными и социальными факторами.

С позиции медицины в КЖ выделяется 2 основных критерия: психический и физический. ВОЗ дает следующие критерии оценки качества жизни,

обусловленного прежде всего здоровьем человека: физические (сон, усталость, боль и т.д.), психологические (эмоции, самооценка, восприятие окружающего мира и т.д.), социальная жизнь (бытовая составляющая, медицинская помощь, экологическая составляющая)[3].

Медицинский аспект качества жизни представлен исследованиями А.А Новик, Т.И.Ионовой и др. По определению А.А. Новик качество жизни – это «интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного основанную на его субъективном восприятии». Необходимость изучения качества жизни связывается авторами с возможностью на его основе решать задачи определения групп риска для того или иного заболевания, обеспечения наблюдения за данными группами и оценку эффективность медицинской помощи.

Таким образом, в психологии качество жизни рассматривается как показатель социально-психологического климата общества, отражающий индивидуальные потребности каждого индивида и их обусловленность конкретными условиями жизнедеятельности.

С точки зрения медицины качество жизни рассматривается как фактор опосредующий возникновение и течение болезни всвязи с ее субъективными аспектами.

Список литературы:

1. Болдырева Т.А. Взаимосвязь качества жизни и некоторых объективных и субъективных факторов жизнедеятельности студентов (на примере Оренбургского государственного университета) / Т.А. Болдырева // Вестник Оренбургского государственного университета. 2015. № 2 (177). С. 184-188.

2. Захарова А.Н Междисциплинарная проблема качества жизни в аспекте современных научных исследований / А.Н. Захарова // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2014. № 10.С.142-14.

3. Косенкова О.И.Проблема качества жизни в современной медицине / О.И. Косенкова, В.И. Макарова // Экология человека. 2007. № 11. С.30

4. Ротова Е.Е. Современные психологические подходы к анализу качества жизни / Е.Е. Ротова, К.В. Машилов, Е.Б. Жигарева, Б.М. Коган // Системная психология и социология научно–практический журнал. 2012.№ 5. С. 68-69

5. Щербинина О.А. Категория «отношение» и анализ внутренней позиции личности / О.А. Щербинина // Вестник Оренбургского государственного университета. 2015. №2 (177). С. 201-206.

МЕТОДЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИМ АЛКОГОЛЕМ

Волчкова Юлия Владимировна

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, г. Москва, Россия

Ключевые слова: психопрофилактика, психотерапия раннего алкоголизма, алкогольная зависимость.

Одной из самых важных проблем современного общества является алкоголизация подростковой среды. С каждым годом возраст первых проб алкоголя снижается все больше. Поэтому целесообразно изучить мотивы и характерологические особенности, приводят подростков к употреблению и злоупотреблению алкоголем; а также рассмотреть методы помощи подросткам, входящим в зону риска развития ранней алкогольной зависимости.

Методы психологической помощи подросткам, злоупотребляющим алкоголем, делятся на психотерапию лиц, уже имеющих опыт употребления и злоупотребление спиртосодержащими напитками, и профилактику раннего алкоголизма у подростков, не имеющих тенденций к зависимому поведению.

Психопрофилактика имеет несколько видов:

1. Санитарное просвещение. Основными видами санитарного просвещения являются беседы, лекции, различные брошюры, популярные книги, теле- и радиопередачи, кино. Но эффективность всех этих методов не одинакова [3]. В анонимном опросе подростков было выявлено, что наиболее действенными являются телепередачи и видеофильмы, в 2-3 раза меньше – радиопередачи, лекции и беседы, а также брошюры. Информация по последним

практически не воспринимается. В целом у 85% не создается установки на трезвый образ жизни.

2. Важнейшим этапом профилактики раннего алкоголизма является выявление контингента с высоким риском приобщения к алкоголю и его злоупотреблению. Личко и Битенский [1] выделяют некоторые признаки риска развития раннего алкоголизма:

- неблагополучная семья
- пьющая компания сверстников
- уходы из дома и деликвентное поведение
- акцентуации характера неустойчивого, истероидного и эпилептоидного типов
- воспитательная гипопротекция
- избыток свободного времени
- пребывание в замкнутых коллективах сверстников с деликвентными склонностями
- терпимость к пьянству в обществе

3. В соответствии с моделями копинг-поведения была разработана модель психопрофилактики нарушения социальной и психологической адаптации у подростков [2]. Это первичная, вторичная и третичная профилактика.

1) Первичная профилактика или копинг-превенция

Копинг-превенция является наиболее массовой и рассчитана на общую популяцию подростков. Целью данной профилактики является формирование активного адаптивного копинг-поведения, которое направлено на продвижение к здоровому образу жизни, снижению числа лиц, имеющих психологические

факторы риска возникновения дезадаптации, формирование невосприимчивости к дисфункциональным паттернам поведения.

2) Вторичная профилактика.

Целью вторичной профилактики является коррекция псевдо- и дезадаптивного поведения, а также предупреждение клинической манифестации расстройств поведения.

3) Третичная профилактика.

Третичная профилактика направлена на предупреждение перехода в более тяжелую стадию уже сформированной патологической цепи, а также направление развития паттернов поведения в сторону более адаптивных.

В рамках психотерапии подростков, злоупотребляющих алкоголем, наиболее эффективны следующие методы:

1. Когнитивно-поведенческая терапия.

Когнитивно-поведенческая терапия нацелена на изменение поведения человека. Психотерапевт помогает пациенту найти и распознать в своем мышлении негативные мысли, переосмысливать их и заменять на позитивные. В ходе терапии обращают внимание на автоматические мысли, которые возникают у человека перед эмоциональной и поведенческой реакцией.

2. Поддерживающая терапия.

Данный подход заключается в адаптации пациента к трезвому образу жизни, помощи в установлении новых взаимоотношений в семье и социальной среде, поиске новых возможных видов проведения досуга [4].

3. Психотерапия, основанная на концепции об акцентуациях характера.

Личко и Битенский[1] считают, что индивидуальная психотерапия должна строиться исходя из акцентуаций характера. Основная задача терапевта в та-

ком подходе – это разъяснение вреда алкоголя для организма и социального статуса исходя из конкретных характерологических особенностей.

4. Групповая терапия.

Психотерапия в группе может быть как ориентирована на проблему злоупотребления алкоголем, так и нет. При терапии в не алкогольной группе работа сводится к тренингам и развитию у подростков различных навыков.

5. Семейная терапия.

Семейная психотерапия позволяет нивелировать конфликты, возникающие в семье, помогает подростку заменить отношения, поощряющие девиантное поведение на отношения, поощряющие поведение, соответствующее общепринятым нормам [5].

6. Арт-терапия.

Арт-терапевтическое направление в работе с пациентом помогает получить более полное представление о его внутренних переживаниях, особенностях мотивации и мышления.

С целью изучения причин и характерологических особенностей подростков, склонных к злоупотреблению алкоголем, было проведено экспериментальное исследование.

Цель исследования: изучение особенностей злоупотребления алкоголем в старшем подростковом возрасте в зависимости от пола.

Объект исследования: проблема алкоголизации подростковой среды

Предмет исследования: акцентуации характера и мотивы потребления алкоголя в старшем подростковом возрасте.

Характеристика выборки: в опросе приняли участие 58 человек в возрасте от 16 до 18 лет; совершеннолетние испытуемые включались, если являлись школьниками по социальному статусу.

Методический инструментарий включает 3 методики: тест AUDIT, тест-опросник Г.Шмишека и тест на мотивацию потребления алкоголя В.Ю. Завьялова.

В ходе исследования личностных особенностей и мотивов потребления алкоголя у лиц старшего подросткового возраста были получены следующие результаты:

1) Наиболее всего в группе подростков, злоупотребляющих алкоголем, выражен возбудимый тип, а также гедонистический мотив употребления алкоголя.

2) В основной группе достоверно значимой является корреляция между гедонистическим мотивом употребления алкоголя и возбудимым типом акцентуации ($p<0,05$), между субмиссивным мотивом употребления алкоголя и тревожным типом акцентуации ($p<0,05$). Отрицательной достоверно значимой корреляцией выявлена взаимосвязь между атарактическим мотивом потребления алкоголя и гипертимическим типом акцентуации ($p<0,05$), а также между атарактическим мотивом и демонстративным типом акцентуации ($p<0,05$).

3) Наиболее выраженным типом акцентуации у мальчиков, злоупотребляющих алкоголем, является циклотимический, тревожный и возбудимый тип; у девочек – возбудимый и эмотивный тип. Однако значимых различий между типами акцентуаций у мальчиков и девочек выявлено не было.

4) Наиболее выраженным мотивом потребления алкоголя у мальчиков, злоупотребляющих алкоголем, является гедонистический, субмиссивный мотив и мотив гиперактивации поведения; у девочек – гедонистический и атарактический мотивы.

Список литературы:

1. Битенский В. С., Личко А. Е. . Подростковая наркология-Руководство.— Л.- Медицина1991г.

2. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. «Профилактика и психотерапия нарушений психосоциальной адаптации у подростков», 2014г.

3. Сочнева З.Г., Озола М.Я., Андрезиня Р.А. «Некоторые результаты изучения эффективности санитарно-просветительской работы среди учащейся молодежи», 1984г.

4. *Старшенбаум Г.В., «Аддиктология: психология и психотерапия зависимостей»,2006г.*

5. Knight D.K., Simpson D.D. «Influences of family and friends on client progress during drug abuse treatment», 1996г.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ СЛАБОВИДЯЩИМ ЛЮДЯМ

Гагарина Мария Алексеевна

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград, Россия

Ключевые слова: тифлопсихология, слабовидящие люди, социально-психологическая адаптация слабовидящих.

В наши дни большое число людей сталкиваются с проблемами, связанными с ухудшением зрения. При этом, не все подобные нарушения поддаются коррекции или лечению. На этом фоне, многим людям присваивается статус инвалидов по зрению, что привносит некоторые изменения в привычный уклад их повседневного быта [1].

Наличие патологии зрения в результате приводят к возникновению трудностей с реализацией некоторых общечеловеческих возможностей – возникают трудности в образовании, трудоустройстве и выполнении своих повседневных обязанностей, нередки и сложности в межличностном общении с людьми. Все вышеуказанное рано или поздно может сформировать негативные переживания у людей, имеющих проблемы со зрением, способно нанести ощутимый вред психическому здоровью человека, и даже повлиять на некоторые личностные характеристики, при длительном воздействии стрессовых переживаний, связанных с присвоением им статуса инвалида [1;2].

Однако, стоит так же обратить внимание на малую изученность психологических особенностей слабовидящих людей, в сравнении с изучением таких же проблем у людей с полной потерей зрения. Данный контингент больных считается более адаптивным во всех направлениях, в том числе и в социальном плане, в силу частичной сохранности функционирования зрительного аппарата,

однако не стоит забывать, что возникновение патологии одного из ведущих органов чувств так или иначе будет нести за собой негативные переживания ничуть не меньшей силы [2;3;4].

Объектом исследования являютсяличностные особенности слабовидящих людей и психологическая помощь им.

Предметом является характер взаимосвязи личностных особенностей слабовидящих людей, сформировавшихся в ситуации проблем со зрением, с возникновением социальной недостаточности.

Цель исследования – изучить личностные особенности слабовидящих людей с социальной недостаточностью, которая приводит к их дезадаптации, а так же оказание психологической помощи данной категории больных.

В качестве **гипотезы** выступает предположение о том, что проблемы со зрением, с которыми вынужден сталкиваться человек, возникновению специфических личностных особенностей. Данные особенности являются основной для нарушения социально-психологической адаптации.

Для достижения выдвинутой цели и сформулированной гипотезы были выведены следующие **задачи:**

1. Провести теоретический анализ аспектов социальной недостаточности и дезадаптации у слабовидящих людей.
2. Исследовать личностные особенности слабовидящих людей и их способность к адаптации.
3. На основе полученных данных выявить проблемные зоны, имеющие взаимосвязь с социально-психологической дезадаптацией слабовидящих людей.

Для получения необходимых данных, выявления личностных особенностей слабовидящих людей и изучения их социальной дезадаптации были выбраны:

- Личностный опросник Кеттела (сокращенный 13-ти факторный вариант)
- Методика диагностики социально-психологической адаптации Роджерса – Даймонд
- Методика диагностики социальной фрустрированности Л. И. Вассермана (адаптация В. В. Бойко)
- Методика диагностики уровня субъективного ощущения одиночества Д. Рассела и М. Фергюсона

Результаты исследования:

Общее количество опрашиваемых составило 49 человек. В категорию опрашиваемых вошли мужчины и женщины в возрасте от 23 до 77 лет, исследование проводилось на базе «Общероссийской общественной организации инвалидов, Всероссийское ордена Трудового Красного Знамени, Общество слепых». Экспериментальная группа была составлена из 25 человек (6 мужчин и 19 женщин) с присвоенными группами инвалидности по зрению. Выборка из24 человек (8 мужчин и 16 женщин), у которых не наблюдается серьезной патологии зрения, составляет контрольную группу.

Анализ личностного опросника Кеттела показал значительные различия между группами по трем шкалам – шкалаE, шкала G и шкала O. Рассматривая данные статистического анализа можно увидеть, что среднее арифметическое значение по шкале Ey экспериментальной группы несколько ниже (4,2 стена), чем у респондентов контрольной группы (6,4 стена), однако результаты по шкалам G(экспериментальная группа –8,5 стена; контрольная группа – 7 стен) и O (экспериментальная группа –7,4 стена; контрольная группа–5,6 стена) у группы слабовидящих выше, чем у сравниваемой с ней группой зрячих людей.Такие результаты говорят о том, что слабовидящие люди более скромны и податливы, склонны уступать другим. Для них так же характернотребователь-

ное отношение к себе и своему поведению, они проявляют большую ответственность. Слабовидящие люли склонны к более явному проявлению личностной тревожности, чаще испытывают чувство вины и более подвержены возникновению депрессивных переживаний, чем люди, не имеющие проблем со зрением.

Результаты методики социально-психологической адаптации Роджерса-Даймондвыявили явное снижение всех показателей у экспериментальной группы, однако статистически значимыми можно считать результаты по следующим шкалам: шкала А, шкала Е и шкала D.Данные шкалы А говорят о том, что результат экспериментальной группы ниже (63%), чем тот же результат, выявленный в ходе опроса контрольной группы (70%). Это свидетельствует о более низком уровне адаптации и социализации слабовидящих людей.Шкала Еболее низкий результат экспериментальной группы (61,5%), в сравнении с результатам контрольной (68,2%). Предположительно, респонденты экспериментальной группы ощущают себя менее комфортно и спокойно. Слабовидящие в своей повседневной жизни испытывают больше негативных эмоций, чем зрячие люди.Шкалы D вновь обнаруживает более низкий результат экспериментальной группы (57%), в сравнении с контрольной (67%). Это говорит о том, что для слабовидящих людей менее свойственно проявление настойчивости, подавления и превосходства в межличностных отношениях.

Анализметодики социальной фрустрированности Л. И. Вассермана показало, что данные, полученные по экспериментальной составляют 1,8 балла, что соответствует пониженному уровню фрустрированности, в то время как данные контрольной группы были оценены в 1,3 балла. Этот показатель соответствует очень низкому уровню социальной фрустрированности, что говорит о том, что судя по данным методики люди, имеющие проблемы со зрением в меньшей степени удовлетворены своими социальными связями, возможно так же их

межличностное взаимодействие с окружающими часто не оправдывает их ожидания, что приводит к негативным эмоциональным реакциям.

После обработки ответов испытуемых по методике диагностики уровня субъективного ощущения одиночества Д. Рассела и М. Фергюсона, было выявлено, что результаты, полученные в ходе опрашивания респондентов экспериментальной группы, значительно превышают показатели контрольной группы (42,1 балла) и соответствуют показателю высокой степени субъективного ощущения одиночества. Результаты контрольной группы укладываются в границу показателя средней степени субъективного ощущения одиночества (29 баллов). Таким образом, можно судить о том, что слабовидящие людиощущают себя более одинокими и оторванными от социума, не в силах реализовать свою коммуникативную потребность.

Подводя итог проведенного исследования можно с уверенностью сказать, что результаты респондентов экспериментальной группы показали их предрасположенность к дезадаптивным тенденциям. Были выявлены некоторые качества личности слабовидящих людей, которые могли бы способствовать их социально-психологической дезадаптации, при том что в группе людей, не имеющих патологий зрения данный набор качеств не наблюдался. Показатели общей социальной адаптации зрячих так же являются более высокими. Таким образом, предположение,выдвинутое в начале исследования, подтвердилось.

Полученные данные помогут составить программу психологической коррекции, направленную на помощь в социально-психологической адаптации слабовидящим людям.

Список литературы:

1. Валитова, И. Е. Специальная психологи: учебное пособие для студентов, обучающихся по психологическим специальностям. – Брест: БрГУ, 2013. – 461 с.

2. Выготский, Л.С. Основы дефектологии. – СПб.: Лань, 2003. – 654 с.

3. Козьяков, Р. В. Специальная психология. Учебно-методическое пособие. – М.: ДиректмедиаПаблишинг, 2014. – 103 с.

4. Литвак, А.Г. Психология слепых и слабовидящих: учебное. – СПб.: РГПУ, 1998. – 271 с.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТА С НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Гарбузникова Валерия Витальевна

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов- на-Дону, Россия

Ключевые слова: реабилитационная программа, ресоциализация наркозависимых, реабилитационная среда.

Наркомания в настоящее время широко распространена в нашей стране. Более 4 млн. человек являются потребителями инъекционных наркотиков (Шипицына Л.М., 2006). Поражает она в основном молодое поколение - потенциал развития общества (Гришко А.Я., 1990)

Основное последствие наркозависимости состоит в снижении трудовых, интеллектуальных, творческих ресурсов страны за счет вовлечения в систематическое употребление психоактивных веществ большого количества молодежи, преимущественно мужского пола (Гоголева А.В., 2002). Это ставит под угрозу осуществления задач развития нашей страны, поскольку употребление наркотических веществ может оказать заметное влияние на психологическое развитие человека. (Боголюбова Т.А., 1993).

Известно, что в психиатрии и наркологии понятия клинико-биологического и социального выздоровления тесно взаимосвязаны.. Учитывая то, что наркомания относится к заболеваниям личности, реабилитация наркологических больных представляет собой, прежде всего их ресоциализацию, восстановление индивидуальной и общественной ценности больных, их личного и социального статуса (Штакельберг О.Ю., 1999).

Реабилитационная среда влияет на восстановление и формирование социально приемлемых личностных и поведенческих навыков, приобретение социальной компетентности, способствующих ресоциализации пациентов.

Ресоциализация наркозависимых является многомерным процессом, успешность которого зависит от: личностных изменений, происходящих при прекращении употребления наркотиков; решения социально-психологических проблем наркозависимых(уровень самооценки; отношение к обществу, к труду, к семье, к дружбе, к здоровью; уровень социальной ответственности, общительности, волевые качества, уровень тревожноги и агрессии); изменения их социальной и личностной идентичности; проебразования ценностных убеждений, а также от изменения уровня стигматизации.

Прекращение употребления наркотиков является одним из основных факторов, которые способствуют решению многих социально-психологических проблем наркозависимых. Вместе с тем, проблема неформальных отношений у респондентов в ремиссии во многом остается не решенной из-за множества потенциально опасных для бывших наркозависимых стимулов, сопровождающих неформальное общение в здоровой среде. Но при возобновлении употребления наркотиков происходит резкое ухудшение всех социально-психологических характеристик (отношение в семье, к дружбе), происходит частичный возврат к нормам наркозависимых людей (появление лживости во взаимоотношениях, ухудшение отношения к нормам и правилам, появление группы наркозависимых в качестве референтной или «своей»). Некоторые показатели (уровень тревоги, уверенность в себе, самоагрессия, уровень стигматизации) оказываются хуже, чем эти же характеристики в выборке наркозависимых людей, что свидетельствуют об остром кризисном состоянии представителей этой группы.

В ходе положительной ремиссии (воздержания от употребления наркотиков) у наркозависимых улучшаются все личностные и социальные характери-

стики, что существенно облегчает их дальнейшую ресоциализацию. Таким образом, реабилитационный период является сенситивным периодом для переосмысления старых убеждений и усвоения новых ценностей.

Различные реабилитационные программы (конфессиональные и внеконфессиональные) по-разному влияют на ресоциализацию наркозависимых. Многие проблемы, которые успешно решаются индивидами в ремиссии, прошедшими религиозную (Православную) реабилитацию (отношение к нормам и правилам, отношения в семье, проблема честности. В ремиссии, прошедшие конфессиональную (православную) форму реабилитации, в большей степени ориентированы на традиционные ценности, чем индивиды, прошедшие внеконфессиональные (12-шаговую) реабилитацию.

Список литературы:

1. Валентик Ю.В., Сирота Н.А. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ. М., 2000, 2002г.-256с.

2. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных.- Спб., 1997.

3. Шабанов П.Д. Наркомания. Практическое руководство для врачей. – М., 2003-560с.

4. Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация. – Спб, 2001-416с.

5. Валентик Ю.В. Реабилитация в наркологии. М, 2001. - 48 с

6. Пятницкая И.Н. Наркомании. М.: Медицина. 1997. - 563 с.

ХАРАКТЕРИСТИКА ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ У МОЛОДЕЖИ

Гаурилюс Анастасия Игно

ИПКиП УО БГПУ им. М. Танка, г. Минск, Беларусь

Ключевые слова: аддиктивное поведение, социальная адаптация, уровни игровой зависимости, особенности мотивации и эмоционального состояния.

В Республике Беларусь игорный бизнес находится в стадии формирования, и лиц, обратившихся за помощью по поводу игровой зависимости, не так много. В то же время число зависимых от азартных игр с каждым годом увеличивается.

Игровая зависимость затрагивает разные возрастные группы населения. Тревожным моментом при этом является то, что в последнее время этот вид зависимости стали фиксировать и у детей. Дети чаще всего начинают участвовать в азартных играх с 10-лет, и к подростковому возрасту уже приобретают зависимость от них. Молодежь обычно сталкивается с этой проблемой в возрасте 20 лет.

В связи с тем, что зависимость от азартных игр оказывает влияние на все сферы жизни человека, в том числе и на состояние здоровья, которое в свою очередь обеспечивает качество трудовой деятельности, решение проблемы профилактики возникновения зависимости от азартных игр становится стратегически важным для эффективного функционирования и развития государства, особенно если эта проблема затрагивает социально и профессианально активную группу населения [1].

Проведенное исследование было направлено на изучение уровня игровой зависимости в период поздней юности (18-25 лет) у посетителей казино. С этой

целью была использована методика Т. Такера «Уровень игровой зависимости», предполагающая ответы на 9 вопросов. Результаты оценивались в баллах, что позволяло выделить следующие уровни: отсутствие игровой зависимости, низкий уровень зависимости, средний и высокий уровень игровой зависимости. Для установления особенностей мотивации и эмоционального состояния использовалась анкета, включающая соответствующие критерии.

Анализ полученных результатов позволил сделать вывод о том, что у всех посетителей казино этого возраста уже присутствует тот или иной уровень игровой зависимости. При этом 30% испытуемых играют в азартные игры на уровне, не ведущем к негативным последствиям и не оказывающим влияние на другие сферы их жизни. Для этой группы лиц игра является всего лишь развлечением. При этом большинство респондентов этой группы играют до тех пор, пока у них не закончатся деньги, могут занимать деньги у знакомых для того, что поиграть еще. Практически все они часто думают об игре. Основными мотивами игры являются желание вернуть проигранное, повысить свое настроение и отвлечь себя от мыслей о проблемах.

На среднем уровне, который может привести к негативным последствиям, играют 45 % респондентов. Их можно отнести к группе риска. Представители этой группы могут занимать деньги у знакомых для того, чтобы поиграть, и нередко играют, чтобы отыграться. Около 60% играют для того, чтобы снять чувства вины, тревоги, депрессии, забыть о своих проблемах. При этом практически 100% не могут отказаться от участия в играх, так как такие мысли или попытки вызывают эмоциональное напряжение, раздражительность и беспокойство. Почти 90% респондентов с низким и средним уровнем игровой зависимости скрывают свое пристрастие к игре и испытывают муки совести не только при проигрыше денег, но и по поводу своего участия в игре.

У 25% отмечается высокий уровень игровой зависимости. Скорее всего, контроль над своим пристрастием к азартным играм у них уже потерян. У большинства отмечается увеличение времени, затрачиваемого на игру. Их мысли связаны с ситуацией игры. Они не могут прекратить игру даже после крупного проигрыша. Некоторые респонденты указывали на случаи кражи денег для продолжения азартных игр. Респонденты этой группы постоянно находятся в состоянии дискомфорта, раздражения и беспокойства. Для них характерны утрата интересов к событиям окружающего мира, интереса к близким, что становится источником постоянных конфликтов в семье. Попытку совершения суицида из-за азартных игр предпринимали около 10% респондентов. Респонденты с высоким уровнем игровой зависимости не скрывают своего пристрастия к игре и не испытывают угрызений совести по поводу игры и ее возможных негативных последствий.

Таким образом, проведенное исследование показало, что большинство (70%) посетителей казино молодого возраста уже имеют игровую зависимость, позволяющую отнести их к группе риска. По мере увеличения степени зависимости от азартных игр происходит все большая деформация иерархии и содержания мотивационной сферы, социальные мотивы все больше уходят на второй план или полностью утрачиваются. Существенные изменения затрагивают и эмоциональную сферу. Эмоции начинают носить негативный характер. Выявленные изменения у лиц с игровой зависимостью подтверждают данные о том, что аддиктивное поведение выражается в стремлении к уходу от реальности и приводят к деформации всей личности, ее различных сторон и в конечном итоге к нарушению социальной адаптации.

Список литературы:

1. Лозгачева Е.А. Игровая зависимость: особенности и социальные последствия / Е.А. Лозгачева // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены: журн. 2008. № 3 (87). с.126-133.

ГЕНДЕРНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ПСИХОПАТОЛОГИЙ

Горовая Анна Юрьевна

ГОУ ВПО НГПУ, г. Новосибирск, Россия

Ключевые слова: нейробиология, гендерный подход, терапия посттравматического стрессового расстройства.

В настоящее время нейробиологи, психофизиологи и медики обнаруживают все новые различия в анатомии и функционировании головного мозга человека. За последние несколько десятков лет исследователи обнаружили ряд существенных отличий структурной, функциональной и биохимической организаций головного мозга у представителей разного пола. Эти данные помогают установить нейробиологические аспекты функционирования мужского и женского организмов. Данные открытия могут помочь в лечении многих психических заболеваний. Например, лечение пациентов разного пола с шизофренией, депрессией и ПТСР осуществляется по одной терапевтической схеме, несмотря на то, что процессы, происходящие в ЦНС, различаются.

Огромный прорыв в нейронауке произошел в последние десятилетия, когда благодаря методам магнитно-резонансной томографии (МРТ) и позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) исследователи получили возможность изучать мозг живого человека. С помощью этих методов было выяснено, что у женщин гиппокамп имеет больший размер, в сравнении с мужчинами, а так же эта структура по-разному реагирует на стресс. Это может быть полезно при создании нового подхода в лечении ПТСР, так как одна из функций гиппокампа - хранение следов памяти.

Исследователь Дженис Джураска в своем эксперименте показала, что помещение грызунов в «обогащенную среду» (клетка с игрушками и сородичами) вызывает разное влияние на нейроны гиппокампа: у самок – образование дополнительных веточек на дендритном древе нейронов, у самцов - либо не влияла на состояние дендритного древа, либо слегка уменьшала его ветвистость [1].

Еще одна исследователь, Черил Конрад из Университета штата Аризона в эксперименте с помещением крыс в тесную клетку на 6 ч показал, что ткани головного мозга самок (гиппокампальные нейроны) более устойчивы к воздействию хронического стресса, чем у самцов. Из данных экспериментов можно сделать вывод, что мужской и женский мозг по-разному реагируют и на острый, и на хронический стресс [2].

Ларри Кэхилл провел эксперимент с демонстрацией испытуемым фильмов негативного содержания, с фиксацией активности головного мозга с помощью ПЭТ. Эксперимент показал, что в течение просмотра у мужчин активировалась правая миндалина, у женщин – левая. Правое полушарие связано с переработкой главных общих аспектов ситуации, а левое – с обработкой деталей меньшей значимости. Это необходимо учитывать при терапии ПТСР, так как основной препарат в лечении данного расстройства – бета-блокатор, снижающий активность миндалины. Густав Шеллинг показал, что применение бета-блокаторов будет иметь эффективность при приеме его только у женщин [3].

Гендерные функциональные и анатомические различия головного мозга следует учитывать и при терапии многих других заболеваний (депрессия, аддикции и т.д.), это поможет улучшить качество медико-психологической помощи, и повысить качество жизни пациентов с психопатологиями. Возможные пути достижения данной цели – активное сотрудничество медицинских психиатрических департаментов, клинических психологов и ученых, занятых в исследованиях в области нейробиологии.

Список литературы:

1. *Kougias, Daniel G., Suzanne O. Nolan, Wendy A. Koss, Taehyeon Kim, Emily R. Hankosky, Joshua M. Gulley, and Janice M. Juraska.(2016), Beta-hydroxy-beta-methylbutyrate (HMB) ameliorates aging effects in the dendritic tree of pyramidal neurons in the medial prefrontal cortex of both male and female rats. Neurobiology of Agin 40: 78-85.*
2. *McLaughlin K.J., Gomez J.L., Baran S.E., Conrad C.D. (2007), The effects of chronic stress on hippocampal morphology and function: an evaluation of chronic restraint paradigms. Brain research 1161, 56-64*
3. *Кэхилл Л. Его, и ее мозг // В мире науки. – 2005. №8, - электронная статья: [http://www.sciam.ru/2005/8/neyrobiology.shtml]*

ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ В ПСИХОКОРРЕКЦИИ ЛИЦ С ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАВИСИМОСТЯМИ

Горовая Анна Юрьевна
ГОУ ВПО НГПУ, г. Новосибирск, Россия

Ключевые слова: аддицкия, рациональное выздоровление,коррекция аддиктивного поведения.

Сложность и актуальность проблемы аддиктивного поведения и его терапии обусловлена не только разнообразием и распространенностью аддикций, но и присутствием форм, социально поощряемых (аддикция спорта, трудоголизм, отчасти – любовные аддикции).

Если определять аддикцию как поведение, то аддикция – способ ухода от реальности методом изменения состояния психики. То есть, исходное состояние психики человека не устраивает, и он хочет изменить его на то, которое его бы устраивало. Стремление изменить состояние с «неудовлетворительного» на «удовлетворяющее» естественно и свойственно всем людям, однако здесь важны цели и условия достижения данного состояния. Аддикты же выбирают вариант самого быстрого получения желаемого состояния без энергетических затрат, без прикладывания усилий.

Профилактика реализации аддикций выходит на уровень воспитания,для этого необходимо понимание этой проблемы прежде всего со стороны родителей, но, к сожалению, часто дети воспитываются в обстановке, предрасполагающей к развитию аддикций [1].

Существует несколько перспективных моделей терапии аддиктивного поведения, «Миннесотская модель» воздействия на аддиктивный процесс: самого

зависимого, а так же его родственников подробно знакомят с механизмами формирования аддиктивныхракстройств, что важно как для понимания проблем возникновения аддиктивного поведения, так и для осознания их личной роли в ее формировании.

Данная модель лежит в основе одной из самых распространенных форм терапии аддиктивного поведения (после детоксикации) – сообществ «АА», «АН» («Анонимные алкоголики», «Анонимные наркоманы» и т.д.). Главное условие этих собраний - их должен вести аддикт на ремиссии, так как на первых этапах доверия к человеку, не подверженному аддикции, не будет.Однако, очень часто такие сообщества навязывают аддикту точку зрения и провозглашают необходимость Высшей Силы в преодолении адикции, а так же член «АА» вынужден наклеивать на себя ярлык аддикта, подробно рассказывая обо всем группе [2].

Одно из самых перспективных направлений по коррекции аддиктивного поведения – Общество «Рационального выздоровления», которое основывается на рационально-эмотивной терапии, в которой поддерживается дистанцирование по отношению к какой-либо оценке окружающих. Данная терапия не делает акцент на религии, это образовательная программа, требующая от участников изучения соответствующей литературы. Еще одна особенность данной программы – участникам не выдают значки и жетоны, которые означают, сколько месяцев участник воздерживается от аддиктивных реализаций [3].

Главная задача этих групп –осознание человеком возможности совершения ошибок и снижения значимости мнения окружающих. Самое «больное» место аддиктов – это чувство вины и стыда, и задача этих групп – показать преобладание чувства самопрощения над деструктивными для аддиктов чувствами вины и стыда. В данных группах делается акцент на развитие чувства независимости, в качестве замещения их зависимости. Часть программ «Рационально-

го выздоровления» предполагает семейную психотерапию, на данных сеансах аддикты должны стать более социальными, освободиться от нездоровой социальной изоляции, и поверить в свои силы и возможности в решении проблем без прибегания к аддиктивному поведению.

Таким образом, одно из самых перспективных направлений в терапии лиц с патологическими зависимостями – совместная работа врача, психолога, и руководителя образовательной группы, которым должен являться выздоровевший аддикт[4].

Список литературы:

1. *Metzger, L. (1988), From Denial to Recovery. Jossey-Bass Publishers.San Francisco – London.*

2. *Осипова А.А. Общая психокоррекция: учебное пособие для студентов вузов. – М.: ТЦ «Сфера», 2000. - 512.*

3. *Trimpey J. (1992), The structural model of RR vs.The disease model of AA. The journal of Rational recovery. Vol.5(2) 13-16.*

4. *Peele S., Brodsky A. (1992), The Truth about Addiction and Recovery. A Fireside Book: New York, Toronto.*

5. *Флейк-Хобсон К., Робинсон Б.Е., Скин П. Развитие ребенка и его отношений с окружающими: Пер. с англ. – М.:Центр общечеловеческих ценностей. – 1993.*

ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕЖИВАНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ЗНАЧИМОСТИ БОЛЕЗНИ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ПОЛОМ И ТЯЖЕСТЬЮ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ОРТОПЕДИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Гребень Наталия Федоровна

БГПУ им. М. Танка, г. Минск, Республика Беларусь

Ключевые слова: психосоматика, социальная значимость болезни, ортопедический больной после хирургического вмешательства.

Самооценка больными влияния заболевания на их социальный статус является существенной частью «внутренней картины болезни», а значит и важным направлением психотерапевтического воздействия на больного в процессе его реабилитации. По сути, изменение отношения больного к своему страданию, наряду с проработкой невротической симптоматики представляют собой одну из главных задач психокоррекции и психотерапии в соматической клинике.

Заболевания опорно-двигательной системы у взрослых широко распространены и по тяжести социальных последствий превышают заболевания внутренних органов. Надо отметить, что значительно возросло и количество ортопедических больных нуждающихся в хирургических вмешательствах. Поскольку лечение ортопедических больных перенесших хирургическое вмешательство является достаточно сложным и длительным процессом, то необходимо создать наиболее эффективные условия по их реабилитации. Последнее требует обязательного учета актуального состояния ортопедических больных в послеоперационный период и в целом учета их личностных особенностей.

Для изучения особенностей переживания субъективной тяжести заболевания мы применили методику «Опросник А. И. Сердюка для изучения самооценки социальной значимости болезни».

Всего нами было опрошено 50 ортопедических больных, перенесших хирургическое вмешательство и находящихся на реабилитационном лечении. Среди них 31 женщина и 19 мужчин. По возрастному параметру в выборку вошли лица от 30 до 72 лет, где средний возраст составил 48,14±9,48 лет. В выборке нами выделены 2 подгруппы, исходя из специфики заболевания. Первую подгруппу составили 24 больных, перенесших операцию на коленном суставе и 26 больных – на тазобедренном суставе.

Статистический анализ результатов исследования проводился с помощью пакета статистических программ SPSS 16.0. Достоверность различий между исследуемыми группами устанавливалась с помощью непараметрического теста U (Манна-Уитни).

В результате подсчета описательных статистик по первичным данным методики «Опросник А. И. Сердюка для изучения самооценки социальной значимости болезни» мы обнаружили, разброс показателей социальной значимости болезни у ортопедических больных после хирургического вмешательства достаточно большой: от минимальных до максимальных оценок по всем обозначенным параметрам. Получается, что больные неоднозначно оценивают социальные последствия своего заболевания, что во много обусловлено спецификой патологии, возрастными особенностями, социальным положением в обществе и прочими переменными. Сравнение между собой средних значений также говорит о том, что далеко не все сферы жизнедеятельности больных были затронуты текущим заболеванием с одинаковой силой.

Наибольшие последствия заболевания опрошенные связывают с материальным ущербом (ранг 1), ограничениями силы и энергии (ранг 2), а также сво-

бодного времени (ранг 3). Получается, что на этапе реабилитации после хирургического вмешательства больные переживают, что болезнь вынуждает тратить средства на лечение, не даёт возможности больше зарабатывать; ограничивает возможность работать с прежней работоспособностью и порождает переживания себя как человека слабого, немощного; лишает свободного времени, т.к. из-за болезни много времени уходит на лечение, больницы. Поскольку большинство опрошенных нами ортопедических больных являются лицами зрелого трудоспособного возраста, то понятно, почему именно материальный ущерб и снижение работоспособности больные оценили как наиболее важные социальные последствия заболевания. На такую оценку повлияло еще и то, что восстановительный период после хирургического вмешательства относительно длительный и далеко не всегда успешный.

Следующие по значимости сферы жизнедеятельности, которых касается имеющееся заболевание, это ограничение карьеры (ранг 4), удовольствий (ранг 5) и снижение физической привлекательности (ранг 6). Ортопедические больные в послеоперационный период переживают, что из-за болезни не могу работать там, где хотят, что мешает занять лучшее положение в обществе, сделать карьеру; что из-за болезни им приходится себя во многом ограничивать и отказывать себе в удовольствиях – употреблять спиртное, ограничивать себя в еде, отказывать себе в развлечениях; также они осознают изменения в своей внешности и появившуюся непривлекательность для окружающих.

Следующие последствия заболевания ортопедические больные связывают с возникшими переживаниями собственной ущербности (ранг 7) и ухудшения отношения к больному в семье (ранг 8).

Самые низкие баллы ортопедические больные выставили по таким сторонам своей жизнедеятельности как ограничения в общении (ранг 9) и ухудшение отношения к больному на работе (ранг 10).

Сравнивая между собой самооценки социальной значимости болезни по половому признаку у ортопедических больных, отметим, что по 9 критериям из 10 женщины дали более высокие оценки по сравнению с мужчинами. Ортопедические больные мужского пола более высоко оценили только критерий №1 «Ограничение ощущения силы и энергии», которые привнесло заболевание и непосредственно последствия хирургического вмешательства. Наиболее очевидные различия между мужской и женской выборками наблюдаются по таким критериям как №4 «Ухудшение отношения к больному на работе», №5 «Ограничение свободного времени», №6 «Ограничение карьеры.

Проверка гипотезы о значимости наблюдаемых различий показала, что по двум критериям они оказались статистически значимыми: №4 «Ухудшение отношения к больному на работе» ($U=196,5$; $p<0,036$) и №6 «Ограничение карьеры» ($U=164,0$; $p<0,007$). Женщины в отличие от мужчин больше обеспокоены тем, что из-за болезни у них ухудшились отношения на работе, сотрудники стали хуже к ним относится, не сочувствуют им и даже придираются; из-за болезни они не могут работать там, где хотят, болезнь мешает им занять лучшее положение в обществе, сделать карьеру».

Сравнительный анализ самооценки социальной значимости болезни по признаку тяжести физической патологии показал, что по всем 10 критериям показатели самооценки у больных, подвергшихся операции по замене тазобедренного сустава, выше, чем у больных, подвергшихся протезированию коленного сустава. При этом по 8 критериям из 10 наблюдаемые различия оказались статистически значимыми: №1 «Ограничение ощущения силы и энергии» ($U=196,5$; $p<0,036$); №2 «Ухудшение отношения к больному в семье» ($U=196,5$; $p<0,036$); №3 «Ограничение удовольствий» ($U=196,5$; $p<0,036$); №4 «Ухудшение отношения к больному на работе» ($U=196,5$; $p<0,036$); №6 «Ограничение карьеры» ($U=196,5$; $p<0,036$); №7 «Снижение физической привлекательности» ($U=196,5$; $p<0,036$); №8

«Формирование чувства ущербности» (U=196,5; p<0,036); №9 «Ограничение общения» (U=196,5; p<0,036).

Следовательно, больные с протезирование тазобедренного сустава, в отличие от больных с протезированием коленного сустава, в большей степени ощущают себя слабыми, немощными и неприятными себе; считают, что болезнь осложнила отношения в семье, родные стали к ним хуже относиться; болезнь наложила ограничения в возможностях получать удовольствия; из-за болезни ухудшились отношения на работе; болезнь мешает занять лучшее положение в обществе, сделать карьеру; ощущают свою физическую непривлекательность для окружающих; склонны удаляться от других людей.

Из этого следует, что чем тяжелее заболевание опорно-двигательного аппарата, тем более сильное дестабилизирующее влияние оно оказывает на социальный статус больного. Социальная значимость последствий заболевания у больных с протезированием коленного сустава менее выраженная по сравнению с больными с протезированием тазобедренного сустава. Как известно, последнее приводит больных к длительной потере трудоспособности и часто стойкой инвалидности.

По таким критериям социальной значимости болезни как №5 «Ограничение свободного времени» и №10 «Материальный ущерб» значимость различий на статистическом уровне не подтвердилась. Получается, что оба заболевания связаны примерно одинаково с тем, что болезнь ограничивает свободное время, т.к. много времени уходит на лечение, больницы, а также болезнь наносит значительный материальный ущерб, не дает возможности зарабатывать больше.

Таким образом, мы установили, что ортопедические больные в реабилитационный период после хирургического вмешательства по-разному оценивают влияние болезни на их социальный статус. Во многом особенности и неблагоприятные переживания социальной значимости болезни обусловлены полом и тяже-

стью соматической патологии. Результаты исследования указывают не только на соматогенное влияние физической патологии на психику больного, но и на направления психологической помощи данной группе больных. Однако на практике психологическая или психотерапевтическая помощь не входит в общий процесс медико-социальной реабилитации ортопедических больных. В лучшем случае она может быть востребована конкретным больным индивидуально. Но в силу невысокой психологической культуры больных к клиническим психологам и психотерапевтам больные обращаются редко.

Список литературы:

1. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Новейший справ. / И.Г. Малкина-Пых. Москва: Эксмо; СПб.: Сова, 2003. – 926 с.

ВОЗМОЖНОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ РАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА МЛАДШИХ ПОДРОСТКОВ С ОРГАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ И ПОВЕДЕНИЯ В УСЛОВИХ ИНТЕРНАТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Дуденко Татьяна Валерьевна, Павлова Екатерина Викторовна

ФГБОУ ВО «АмГУ», г. Благовещенск, Россия

Ключевые слова: социальный интеллект, младшие подростки, органическое расстройство личности и поведения, интернат, коррекция.

Современный мир с постоянно изменяющимися условиями требует от человека умения адаптироваться в любом обществе. Неумение и неспособность людей справляться, либо адаптироваться к жизненным трудностям является одной из причин,как для ухудшения качества жизни, так и расстройств физического здоровья и психики, ведущих к дезадаптации.Вот почему развитый социальный интеллект представляется одним из гарантов успешной адаптации и самореализации в обществе. При этом, как воспитание ребенка вне семьи, так и наличие каких-либо заболеваний, в частности органических, оказывают на развитие социального интеллекта неблагоприятный эффект. В это же время вопросы, касающиеся возможностей коррекции и развития компонентов социального интеллекта в случае депривации и наличия диагноза «органическое расстройство личности и поведения» (ОРЛ) все еще открыты. Обобщая выше сказанное, было решено посвятить статью исследованию вопроса возможностей коррекции социального интеллекта у младших подростков с органическим расстройством личности и поведения, находящихся в интернатном учреждении.

Вопросами определения социального интеллекта занимались как отечественные (ЕмельяновЮ.Н.,БобневаИ.М., СавенковА.И.), так и зарубежные (ГилфордДж., ШтернбергР.,КэнторН.) исследователи[2].Следует отметить, что под социальным интеллектом большинство авторов понимает системную автономную способность, способствующую достижению успеха в социальном взаимодействии и адаптации в социуме. Содержательными компонентами при этом считают когнитивные (знание норм социального взаимодействия, умение прогнозировать ситуацию взаимодействия), эмоциональные (умение выражать, определять эмоциональные состояния) и поведенческие категории (навыки взаимодействия и адаптации с окружающими)[4]. В качестве основных факторов, обуславливающих развитие социального интеллекта, исследователи выделяют генетические и средовые.

Занимаясь изучением социального интеллекта младших подростков, исследователи приходят к выводу, что основными факторами развития социального интеллекта младших подростков будут считаться смена ведущей деятельности, а также когнитивные новообразования.

Говоря, об ОРЛ, следует в первую очередь сказать о том, что изменения личности, нестабильность эмоционально-волевой и поведенческой сфер, а также истощаемость когнитивной сферы происходит под воздействием органического фактора. Анализируя теоретический материал,можно перечислить факторы, препятствующие гармоничному развитию социального интеллекта в младшем подростковом возрасте при наличии ОРЛ. К ним относят: тяжесть органического поражения, слабо развитые коммуникативные навыки и навыки взаимодействия, истощаемость психических процессов, сниженная речевая инициатива, нестабильность эмоционального фона, недостаточно развитые навыки саморегуляции и самоконтроля, импульсивность, а также личностные характеристики, такие как уровень самооценки, потребности в общении, недостаточно

развитая система ценностей. Таким образом, опираясь на структуру социального интеллекта, можно полагать, что в случае органического расстройства личности и поведения нарушенными в той или иной степени оказываются все его составляющие.

Рассматриваявлияние интернатного учреждения на развитие социального интеллекта, авторы приходят к выводам, что младшие подростки,находясь в интернате, испытывают трудности в формировании коммуникативных умений и навыками, проявлении и анализе эмоций, страдают компоненты личности. У воспитанников возникают затруднения с анализом и прогнозированием поведения, снижены потребности в общении.

Переходя к вопросу возможностей коррекции, следует обратить внимание на возможные ограничения, накладываемые органической патологией. К таковым можно отнести степень выраженности нарушений эмоционального, соматического, когнитивного и поведенческого характера (по Г.Г. Буторину) [1], уровень мотивации, самооценки и потребностей в общении и уважении (по С.П. Елшанскому), эмоциональную нестабильность, неустойчивое внимание, сниженные аналитические способности и навыки самоконтроля (по С.В. Мешалевской).

К ограничениям, накладываемым интернатом авторы (МешалевскаяС.В., АвакянТ.В., НастенковаА.И.) относят: воспитание вне семьи, закрытость учреждения, устоявшийся стиль воспитания в учреждении, а также стиль воспитания, применяемый к ребенку до поступления в интернат, время нахождения ребенка в учреждении, причины его поступления в интернат, сниженную мотивацию для изменения, отсутствие необходимого эмоционального тепла со стороны взрослых, недостаточно квалифицированный персонал [3].

Следует также обратиться к вопросам возможностей коррекции социального интеллекта в случае органического расстройства личности и поведения. Рассмотрим предлагаемые формы и методы работы.

В.А. Руженков и А.В. Боева в качестве «мишеней» называют работу с эмоциональной сферой, работу с анализом и неконструктивными форами поведения, работу по развитию коммуникативных навыков, а также работу с ресурсами. Е.В. Макушкин и Н.Г. Незнанов считают, что для успешной коррекции необходима комплексная терапия с привлечением разнопрофильных специалистов. В качестве методов психологической коррекции авторы выделяют методы аутогенной тренировки, арт-терапии, групповой терапии.

А.В. Филатов считает, что наиболее успешным вариантом коррекционной работы будет являться комплексный и мультидисциплинарный подход, с подключением разных специалистов и различных методов работы. При этом в работе необходимо придерживаться принципов гуманистической психологии и обращать внимание на сильные стороны и черты подростка при работе. В качестве непосредственных плюсов в работе с младшими подростками можно назвать пластичность нервных процессов и все еще неутраченнуюспособность адаптироваться, которые при построении планомерной и целенаправленной коррекционной работы способны, по мнению А.В. Филатова, содействовать появлению тех же результатов, что и у здоровых сверстников, и остановить прогрессирование патологических изменений личности. В качестве «мишеней» будут выступать развитие коммуникативных качеств, навыков самоконтроля, а также развитие когнитивных компонентов социального интеллекта. Автор предлагает использовать групповой метод работы, способствующий развитию качества навыков коммуникации, в сочетании с методами арт-терапии и анализа фильмов. Также упражнения должны способствовать развитию навыков ана-

лиза собственных действий, мотивов, эмоций и их регуляции, а также работу с агрессивными и тревожными проявлениями.

Также следует рассмотреть формы и методы работы, предлагаемые исследователями для коррекции социального интеллекта в рамках интернатного учреждения. Л.О. Пережогин предлагает развивать навыки коммуникативной компетентности, регуляцию эмоций, проводить профилактическую и коррекционную работу с агрессивным поведением. Исследователь предлагает групповую форму работы с использованием дискуссий, элементов арт-терапии, игровых упражнений, направленных на развитие познавательной деятельности [5].

С.В. Мешалевская в качестве основных целей выделяет развитие когнитивных навыков социального интеллекта (рефлексия, анализ поведения и эмоций, навыки прогноза социальных ситуаций), а также развитие социально значимых черт личности. Автор предлагает использование групповых форм работы с элементами проигрывания реальных жизненных ситуаций.

Итак, анализируя теоретический материал, были выявлены пути коррекции социального интеллекта. Но при построении работы необходимо учитывать не только возрастные особенности, но и ограничения накладываемые диагнозом ОРЛ, а также учетом условия пребывания в интернате.Данные теоретический анализ планируется положить в основу коррекционной работы, направленной на развитие компонентов социального интеллекта у воспитанников интернатного учреждения младшего подросткового возраста с диагнозом ОРЛ.

Список литературы:

1. Буторин Г. Г., Калинина Н.В. Формирование органического расстройства личности у подростков в контексте многоосевого диагноза // Вестник КемГУ. - 2013. - №4 (56).- С. 106-112.

2. Лунёва О.В.Основные модели социального интеллекта // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова: Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика. - 2012. - №3.–С. 44-47.

3. Настенкова А. И. Проблема социализации воспитанников детского дома: миф или реальность // Молодой ученый. - 2013. - №1. - С. 321-323.

4. Савенков А. И. Концепция социального интеллекта / А. И. Савенков // Одаренный ребенок. - 2006. - № 1. - С. 6-18.

5. Пережогин Л.О. Систематика и коррекция психических расстройств у несовершеннолетних правонарушителей и безнадзорных: Монография. - М.: ФГНУ «ЦПВиСППДМ», 2010. - 260 с.

СУИЦИД – КАК СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СРЕДИ МОЛОДЕЖИ И ПОДРОСТКОВ Г.АКТОБЕ

Муханбедиярова Ардак Женисбаевна, Ережепов Бекет Еркинович, Дарыбаева Жулдыз Шынмырзаевна, Конысбай Камшат Эдуардовна, Ахметова Салтанат Азаматовна, Жумалиев Азат Вадимович

Научный руководитель – Ермуханова Людмила Сергеевна

ЗКГМУ им М.Оспанова, г. Актобе, Казахстан

Ключевые слова: суицид среди подростков, шкалы (тест-опросник) депрессии А.Т.Бека, самоубийства, группы риска.

Актуальность. Самоубийство — это преднамеренный акт убийства самого себя. Причинами самоубийства являются психические нарушения (такие как депрессия, проблемы личности, алкогольная зависимость или шизофрения), а также физические заболевания, такие как неврологические болезни, рак и ВИЧ-инфекция. Самоубийства являются второй ведущей причиной смерти среди молодых людей 15–29 лет. [1] За последние десятилетие число суицида среди молодежи и подростков выросло в 3 раза. Выявляются тенденции к омоложению самоубийц, особенно ярко это явление в Казахстане.[2]

Цель исследования: Определить группы риска подверженных явлению суицида в городе Актобе среди молодежи и подростков с помощью шкалы (тест-опросник) депрессии А.Т.Бека

Метод исследования: Социологический. Анкетирование было проведено по Аарону.Т. Беку, в котором участвовали 1000 студентов 1-4 курсов ЗКГМУ имени М. Оспанова. Анкета включала 21 вопросов-утверждения наиболее часто

встречаемых симптомов и жалоб. Каждый пункт опросника состоит из 4-5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям/симптомам депрессии,сопутствующих суициду

Результаты исследования: Показатель по каждой категории рассчитывается следующим образом: каждый пункт шкалы оценивается от 0 до 3 в соответствии с нарастанием тяжести симптома. Суммарный балл составляет от 0 до 62 и снижается в соответствии с улучшением состояния.[3]В результате нашего исследования было выявлено,что у 32,2%-отсутствие депрессивных симптомов(0-9); 24,6%-легкая депрессия(10-15); 11,5%-умеренная депрессия(16-19); 26,5%-выраженная депрессия средней тяжести(20-29); 5.2%-тяжелая депрессия (30-63). Если для взрослого человека субдепрессия – не повод бить в колокола, то для подростка все, что выше 19 баллов – критическое состояние, требующее немедленного посещения специалиста.

Практические рекомендации: 1.Организовывать круглые столы с участием педагогов и психологов.

2.Проводить тренинги,анкетирования с участием кураторов с целью выявления попыток суицида. 3.Организовать волонтерское движение «Равный равному», целью которой является психологическая поддержка подростков, предотвращение возможных попыток суицида. 4.Выявление подростков, склонных к суициду с помощью тесной работы педагогов, психологов и родителей подростков. Психологическая поддержка,консультация и надзор за подростками в группе риска. 5. Раннее выявление, лечение и уход за людьми с психическими расстройствами и различными зависимостями, хроническими болями и острыми эмоциональными расстройствами.

Список литературы:

1.Официальный сайт ВОЗ [электронный ресурс] http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/ru/

2.Г.М.Ертукешева, Г.С. Бекешова ,М.М.Книсарина.Психологические особенности студентов 1 курса в учебном процессе. Казахстанский медицинский журнал 2(34) февраль 2012 (42-43 стр)

3. Срымова А.Т, Койшыбаева З. И.Показания суицида у подростков в Актюбинской области Медицинский журнал Западного Казахстана 1(41) 2014 (87 стр)

ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ КАК СФЕРА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПСИХОЛОГА

Завгородняя Ирина Владимировна
ФГБОУ ВО «ВГУ», г. Воронеж, Россия

Ключевые слова: перинатальная психология, перинатальная психотерапия, клиническая (медицинская) модель психотерапии, психологическая модель психотерапии.

Интенсивное развитие перинатальной психологии, возникшей в 70-е годы XX века за рубежом и в 90-е годы XX века в России, вызывает не только исследовательский интерес, но и создает необходимость определения научно-практического статуса данной психологической отрасли.

На сегодняшний день можно говорить о наличии двух точек зрения по вопросу положения перинатальной психологии в системе психологических наук. С одной стороны [1, 2] она рассматривается как область клинической (медицинской) психологии и ограничивается изучением системы мать-дитя и ранних этапов онтогенеза до первых лет жизни ребенка. При такой трактовке подчеркивается, что перинатальный психолог может осуществлять психопрофилактическую, психодиагностическую, консультативную, психокоррекционную и научно-исследовательскую деятельность. Однако он не имеет права заниматься психотерапией, которую осуществляет только врач-психотерапевт.

С другой стороны [3] перинатальная психология понимается как самостоятельная отрасль психологии, изучающая закономерности психического развития на ранних стадиях онтогенеза и влияние перинатального опыта на последующую жизнь человека. При такой трактовке перинатальный психолог об-

ладает возможностью осуществлять психотерапию на разных этапах развития личности, начиная с раннего онтогенеза и на протяжении последующей жизни человека.

Возникшее противоречие в понимании сущности и возможностей перинатальной психологии и психотерапии, а также в ограничении профессиональной деятельности специалистов, на наш взгляд, имеет основание в наличии двух моделей психотерапии – клинической (медицинской) и психологической.

Медицинская модель психотерапии базируется на синдромологическом и нозологическом подходах к пониманию и диагностике психических отклонений. Причины заболевания видятся, прежде всего, в организме человека (физиологии, биохимии и т.д.). Внеорганизмические причины заболевания либо не выявляются, либо их значение минимизируется. Медицинская модель психотерапии предназначена для диагностики, предупреждения и лечения психических нарушений непсихотического уровня, т.н. пограничных психических расстройств или области малой психиатрии. Большинство психотерапевтов при лечении используют психотропные препараты (транквилизаторы, антидепрессанты, ноотропы).

В рамках медицинской модели психотерапии выделяется отдельная область – психотерапия выраженных патологических (клинических) расстройств, которая неотделима от клинической медицины, в частности психиатрии. В таком случае проводится психотерапия деперсонализационных, депрессивных и бредовых расстройств, суицидальных наклонностей, шизофрении, алкоголизма и наркомании. Однако более успешной психотерапия оказывается в продлении и поддержании качества ремиссий, в нормализации психического состояния пациентов.

В медицинской модели психотерапии наиболее эффективными являются специалисты с базовым медицинским образованием и клинические психологи,

работающие совместно с врачом. К сфере деятельности психотерапевта относятся следующие уровни психической организации человека: невротический, психопатический и психотический.

Психологическая модель психотерапии ориентирована на разрешение проблем, не достигающих уровня патологии, но влияющих на проявления и развитие психических функций, личность и качество жизни человека. Данная модель психотерапии ориентирована на помощь психически здоровым людям, которые могут являться субъектами психотерапевтического взаимодействия (обладают адекватным восприятием окружающей реальности, сохранным сознанием и самосознанием, критичностью к своему состоянию, могут нести ответственность за свои решения и действия). Использование медикаментозных препаратов не предполагается, психотерапия осуществляется нематериальными способами. Психотерапевт не использует нозологию, не ставит диагнозы, опираясь при выявлении и интерпретации проблемы на основные положения психологического направления, которого он придерживается.

В психологической модели психотерапии наиболее эффективными являются специалисты с базовым психологическим образованием, а также специалисты с медицинским образованием, имеющие глубокую психологическую подготовку. К сфере деятельности психолога относятся следующие уровни психической организации человека: уровень нормы, уровень поведенческой дезадаптации и уровень эмоциональных нарушений.

Следовательно, перинатальный психолог имеет право в своей деятельности реализовывать психологическую модель психотерапии. Противопоказаний к применению перинатальной психотерапии не наблюдается [3]. Однако необходимо ограничение применения суггестивных, психодраматических и глубинных техник при работе с диадой, особенно в период беременности, поскольку

это может повлиять на состояние беременной женщины и внутриутробного ребенка.

Перинатальная психотерапия имеет ряд особенностей, отличающих ее от других разновидностей психотерапии:

1) диадический характер объекта психотерапевтического воздействия (система «мать-дитя»),

2) ятрогенный и психологогенный характер ряда нарушений;

3) последовательность смены задач перинатальной психотерапии, связанных со стадиями жизнедеятельности семьи и этапами реализации репродуктивной функции, а также этапами личностного развития;

4) особое внимание к существующему в психике клиента раннему опыту и его преобразованию последующим жизненным опытом, ориентация на диадические проблемы клиента;

5) внимание к неосознаваемым ранним интроектам и неосознаваемым мотивационным конфликтам, определяющим жизненную позицию и психосоматические особенности клиента;

6) предпочтительность краткосрочных психотерапевтических методик;

7) необходимость тесного сотрудничества перинатального психолога и психотерапевта с другими специалистами.

Перед перинатальной психологией и психотерапией на сегодняшний день стоит широкий спектр теоретических и практических задач. К теоретическим задачам относятся: выявление и научное объяснение механизмов формирования психики человека в пренатальном периоде; изучение процессов взаимодействия и взаимовлияния психических процессов матери на формирующуюся психику ребенка, в том числе исследование восприятия информации от матери и окружающего мира внутриутробным ребенком и ее закрепление в памяти; выработка единого концептуального и категориального аппарата, позволяющего дос-

тичь взаимопонимания различным направлениям, концепциям и подходам в области перинатальной психологии и медицины; определение сферы компетенции перинатального психолога и требований к его подготовке и квалификации; дальнейшее уточнение предмета, объекта и задач перинатальной психологии и психотерапии, расширение межпредметных взаимосвязей; разработка психотерапевтических моделей, адекватных работе с беременными.

К практическим задачам перинатальной психологии и психотерапии можно отнести: формирование родительской сферы личности, в том числе анализ онтогенеза материнской сферы; определение психологической готовности к материнству и отцовству; планирование рождения ребенка; психологическое сопровождение при применении вспомогательных репродуктивных технологий; подготовка к родам; работа с родителями маловесных детей и детей, имеющих внутриутробную патологию; работа с перинатальной утратой; сопровождение на первом году жизни; работа с беременными с психическими и соматическими заболеваниями, повышение психолого-педагогической компетентности родителей.

Разграничение сфер деятельности врачей и психологов в области перинатологии в соответствии с уровнями психической организации человека позволяет преодолеть существующие профессиональные споры. Врач более эффективен при проведении перинатальной психотерапии с лицами, имеющими пограничный уровень психических расстройств, как испытывающих трудности в проявлении субъектной позиции и возможно требующих медикаментозного лечения. Психолог более эффективен при осуществлении перинатальной психотерапии со здоровыми людьми, но также может работать совместно с врачом при наличии у человека пограничного уровня психических расстройств. Бесспорно, для этого у психолога должен быть соответствующий уровень квали-

фикации, позволяющий выявить нервно-психические нарушения у человека и в случае необходимости направить к врачу-психотерапевту или психиатру.

Список литературы:

1. Айламазян Э.К., Добряков И.В. Демографическая ситуация и развитие перинатальной психологии в современной России // Журнал акушерства и женских болезней. 2013. Том LXII, Вып. 1. С. 10–15.

2. Добряков И.В. Перинатальная психология. СПб.:Питер, 2010. 272 с.

3. Филиппова Г. Г. Материалы к утверждению перинатальной психологии и перинатальной психотерапии в качестве модальности // Перинатальная психология и психология родительства. 2007. № 2. С. 5–42.

ИССЛЕДОВАНИЕ САМОРЕГУЛЯЦИИ ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОТИПИЧЕСКОГО КРУГА

Запорожченко Денис Сергеевич

ФГБОУ ВО ВолгГМУ, Минздрава России, г. Волгоград, Россия

Ключевые слова: расстройства шизотипического круга, саморегуляция, самооценка, самоконтроль.

Шизотипическое расстройство в отечественной клинической психиатрии имеет свою историю, прежде всего в рамках малопрогредиентной шизофрении, ее не манифестных форм с относительно мягкими проявлениями болезни.

Известно, что при расстройствах шизофренического спектра страдает преимущественно произвольная регуляция поведения, которая тесно связана со снижением социальной направленности и социальной регуляции поведения [6]. Это проявляется в дефиците потребностей в общении и недостаточной активности в установлении эмоциональных контактов с окружающими. Эмоциональная недостаточность, проявляющаяся на клиническом уровне как отсутствие эмоционального резонанса, эмоциональная «нивелировка», также являются следствием нарушения потребностно-мотивационных компонентов психической деятельности, поскольку она выступает в качестве конкретной психологической формы снижения активной стороны потребностей [2].

Важнейшую роль в произвольной регуляции поведения играет способность человека к адекватной самооценке, на основе которой осуществляется постоянный контроль над своим поведением. Стоит предположить, что у больных с расстройствами шизотипического круга при нарушении произвольной регуляции над своим поведением искажается и представления о собственной

личности. Как утверждают авторы [4], произвольная регуляция осуществляется через саморегуляцию, уровень которой отражает и уровень самосознания личности, ее критичность, самоконтроль, учет социальных критериев и норм в деятельности и поведении. Таким образом, исследование самосознания личности больного предоставит более ясное представление о нарушениях произвольного уровня регуляции поведения и откроет новые пути развития психологической помощи в этом направлении.

Исследование саморегуляции поведения больных с расстройствами шизотипического круга проводилось на базах: ГБУЗ «ВОКПБ №2», ГБУЗ «ВОКПБ №2» «Обособленное стационарное структурное подразделение № 1», ГКУЗ «ВОДКПБ». Контрольную выборку составили здоровые подростки и молодые люди – 29 человек, средний возраст которых составил 16,93 лет, из них 47,3% подростков по 14 лет и 52,7% молодых людей 20-21 года. Экспериментальную выборку составили 15 больных с расстройствами шизотипического круга (F21 по МКЮ-10) без наличия продуктивной психотической симптоматики в историях болезней. Средний возраст испытуемых составил – 21,13 лет. Общее количество испытуемых – 44 чел.

Цель исследования: изучить характер нарушений произвольного уровня регуляции поведения больных с расстройствами шизотипического круга. Был проведен анализ историй болезней, и выбраны следующие патопсихологические методы оценки саморегуляции поведения: Шкалы самооценки Дембо-Рубинштейн, Тест Эббингауза (заполнение пропущенных слов в тексте), Личностный семантический дифференциал [3].

Общими показателями для большинства пациентов по методике Дембо-Рубинштейн явились следующие параметры самооценки:

1. Неустойчивость самооценки (70% пациентов), связанная с неустойчивыми позициями личности, ощущением утраты этих позиций,

снижением критичности к себе, и общей дезинтеграцией осознанного и неосознанного уровней самооценки.

2. Нереалистичность самооценки (80%), сопровождающаяся ее неустойчивостью (пример:«…я никому не нужен… а вообще я отличный парень»), снижением критичности и преобладанием аутистических тенденций в объяснении своих результатов.

3. Противоречивость показателей самооценки (75%), связанная с игнорированием действительных отношений между биопсихосоциальными феноменами жизни, наличием амбивалентных, аутистических позиций.

4. Искаженность/незрелость отношения к общечеловеческим ценностям (80%), обусловленная нарушением социального компонента этих ценностей, который не прошел интериоризацию такими пациентами, не был ими принят и синтезирован с собственной самооценкой [1].

5. Дезинтеграция осознанного и неосознанного уровней самооценки (75%), которая стала основным механизмом, участвующим в формировании «Я-концепции» исследуемых пациентов.

Оценка самоконтроля над своей деятельностью осуществлялась при помощи теста Эббингауза. При анализе речевых ошибок выявилось следующее: нарушение норм лексической сочетаемости (26% пациентов), употребление слов в несвойственном значении (66%), грамматические ошибки (80%), синтаксические ошибки (85%). Характер ошибок свидетельствуето значительном ослаблении самоконтроля над своей деятельностью, об аутистических тенденциях при выполнении задания, об угнетении социальной потребности в общении, потребности «быть понятым» окружающими (пример пациента М.: «Не вижу смысла методики, … какие слова?Абсолютно любые, которые в голову придут? »).

При анализе результатов репертуарной решетки (личностного семантического дифференциала) различия между экспериментальной и контрольной выборками наблюдались по нескольким концептам: «Болезнь», «Здоровье», «Я», «Гениальность» со значимым уровнем вероятности ($p<0,5$).

Сравнение результатов по данным концептам проводилось при помощи однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA). Выяснилось, что у больных с расстройствами шизотипического круга не происходит целенаправленной когнитивной переработки информации, учитывающей социальные критерии и нормы, в результате чего возникает противоречие между воздействиями окружающей среды и соразмерным эмоциональным откликом. Данное обстоятельство в эмоциональной сфере может проявляться расстройствами эмоционального резонанса. Также подтвердилось положение других авторов о том, что нарушение социальных эмоций у больных с расстройствами шизотипического круга сказывается в недостаточной сформированности и зрелости моральных чувств, основу которых составляет отношение к человеку, обществу [4].

Таким образом, в результате психологического исследования выявились следующие нарушения саморегуляции больных с расстройствами шизотипического круга: неустойчивость и нереалистичность самооценки строится на основе дезинтеграции ее осознанных и неосознанных уровней, которая является основным компенсаторным механизмом, участвующим в формировании «Я-концепции». В результате отсутствия адекватных когнитивных копинг-стратегий и социальной ориентации потребностей возникают постоянные противоречия в эмоционально-личностной сфере и снижение самоконтроля над собственной деятельностью, вплоть до снижения критичности, а незрелость моральных чувств и социальных эмоций препятствуют адекватному отношению к собственной личности. Таким образом, формируется своеобразный дисгармонический психический склад личности, влияния которого распространя-

ются на все сферы жизнедеятельности больных с расстройствами шизотипического круга.

В заключении, хотелось бы обратить внимание на значимость и целесообразность оказания клинико-психологической помощи данной группе больных в детском возрасте наряду с психофармакологическим лечением, которая способствует преодолению вторичных и третичных симптомов нарушения психической деятельности [5], возникающих в результате вызванных болезненным фактором нарушения социальной ситуации развития ребенка.

Список литературы:

1. *Запорожченко, Д.С. Нарушение коммуникативной функции речи в аспекте расстройства абстрактно-смыслового компонента мышления больных шизофренией // Журн. Инновационная наука. – 2015. – № 12-3. – С. 198-202.*

2. *Зейгарник, Б.В. Патопсихология // учебник для бакалавров (3-е изд., пер. и доп.) / Б. В. Зейгарник. – М.: Изд-во Юрайт. – 2013. – 367 с.*

3. *Ивашев, С.П., Новикова, Ю.Г. Семантическое пространство концепта «психическая болезнь» как биоэтическая проблема // Журн. Обозрение психиатрии и медицинский психологии им. В.М. Бехтерева. – 2009. – № 2. – С. 25-28.*

4. *Критская, В.П., Мелешко, Т.К., Поляков, Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание / В.П. Критская, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Поляков. – М.: Изд-во Моск. ун-та. – 1991. – 256 с.*

5. *Туровская, Н.Г., Тимофеев, А. В. Психические расстройства в детском возрасте. Возможности психологического сопровождения // Журнал*

«Вестник Волгоградского Государственного Медицинского Университета». – 2012. – №2. – С. 112-116.

6. Фурсов, Б.Б., Мовина, Л.Г., Семенова, Н.Д. Факторы нарушения мотивации у больных шизофренией / В книге: Модернизация психиатрической службы - необходимое условие улучшения общественного психического здоровья (организационные, терапевтические и профилактические аспекты).Повышение эффективности лечебно-реабилитационной помощи психически больным. Материалы конгресса и конференции. Редколлегия: З.И. Кекелидз, В.Н. Краснов.– 2011. – 249 с.

СОВРЕМЕННЫЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ РЕШЕНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ НЕДУГОВ

Заргарьян Диана Артуровна
ФГБОУ ВО РГСУ, г. Москва, Россия

Ключевые слова: психосоматика, симптом, психотерапия, вторичная выгода, болезнь.

Согласно последним показателям статистических замеров [4] и данных ВОЗ [8; 9; 10], в последнее время активно интенсифицировались такие физиологические заболевания и недуги как:

- Ишемическая болезнь сердца (*morbus ischaemicus cordis)*;
- Болезни нервной системы (*morborum systematis nervosi*);
- Болезни органов дыхания (*mycobacterium tuberculosis*);
- Сифилис (s*yphilis*);
- Туберкулез (*tuberculosis*);
- СПИД (*AIDS*);

Мы ставим перед собой задачу не только обобщения, но и психологического анализа причин таких болезней. Современная психологическая наука, придерживается мнения о том, что любая болезнь является симптомом непосредственно психологического напряжения или невроза.

В данной статье, мы рассмотрим психосоматическую симптоматику, психологические причины возникновения актуальных болезней, а так же непосредственно психологические методы и подходы к решению подобных проблем и недугов. Мы не претендуем на инвариантность и психологизацию решения соматических проблем, но обращаем внимание на значимость рассмотрения со-

матического недуга со стороны психологической науки для полноценного и надежного исцеления.

Перейдем к рассмотрению и психологическому анализу болезней:

1. *Ишемическая болезнь сердца.* С точки зрения современных научных данных [6], ишемическая болезнь сердца может быть обусловлена такими факторами риска как:

- ✓ Неправильное питание;
- ✓ Ожирение;
- ✓ Курение;
- ✓ Алкоголь.

Кроме того, психологическая наука и психотерапевтическая практика выделяют следующие психологические причины ишемической болезни сердца:

- ✓ Фобическое развитие личности;
- ✓ Страх (прежде всего страх одиночества);
- ✓ Гнев;
- ✓ Ярость;
- ✓ Тоска;
- ✓ Разрыв отношений (в том числе, потеря близкого человека);
- ✓ Удерживание эмоций по отношению к партнеру.

Для решения перечисленных проблем рекомендуется глубинная проработка страхов (возможно психоаналитическая психотерапия), работа с установками и жизненными сценариями, а так же осознание и выражение подавленных эмоций. Так же необходимо обучить пациентов навыкам расслабления (релаксации), при этом могут использоваться как групповые, так и индивидуальные методы психотерапии. Если в расстройстве преобладают фобии, можно применить поведенческую терапию и гипноз [5].

2. *Болезни нервной системы.* Болезни нервной системы зачастую вызваны невысказанностью и подавленностью негативных эмоций [1]. Для того, чтобы решить данную проблему необходимо проработать эти подавленные эмоции, осознать их, принять, высказать и применить метод «Я-высказывание» [7].

3. *Болезни органов дыхания.* Психологическая наука определила, что невротики заболевают инфекциями верхних дыхательных путей в 2-3 раза чаще и болеют ими дольше, чем все население в среднем. Психосоциальный фактор возникновения болезней органов дыхания – это сдерживание непроработанных эмоций, напряжения и конфликтов, которые связаны с гневом, агрессией или страхом [3]. Основной принцип работы с подавленными эмоциями состоит в том, чтобы помочь клиенту осознать и выразить чувства, а затем решить лежащую в их основе проблему [6].

4. *Венерические заболевания* (сифилис, СПИД и др.) Зачастую обусловлены такими психологическими факторами как:

- ✓ Чувство вины на сексуальной почве и потребность в наказании;
- ✓ Неприязнь к своим гениталиям;
- ✓ Неприязнь к противоположному полу [4].

Основная задача психолога - найти психологический смысл того или иного симптома, т.е. психологическую проблему, которая стоит за симптомом (чаще за симптомами) и через него выражается. После чего необходимо найти средства решения проблемы и помочь клиенту использовать их [6].

5. *Туберкулез.* Существует ряд биологических факторов, которыми обусловлено возникновение данной болезни, такие как резистентность, возраст, наследственность. Также существуют и психологические факторы к которым относятся:

- ✓ Ранимость ко всякому отнятию любви;

- ✓ Потребность остаться вблизи матери;
- ✓ Необычайная потребность в симпатии;
- ✓ Страх близости с половым партнером;
- ✓ Конфликты в сфере профессиональных отношений;
- ✓ Утрата близкого [2; 6].

Клиенту необходимо помочь взять ответственность за свою жизнь и проблему на себя и направить свои усилия на улучшение здоровья и решение конкретной жизненной коллизии. В ряде случаев клиенту необходимо помочь отпустить свои прошлые амбиции, надежды и иллюзии и переключиться на реальные и возможные достижения. В дальнейшем ему следует помочь отпустить свой гнев, направленный против тех людей, от которых он хочет любви и заботы, а также гнев против тех, кто, по его представлениям, причинил ему тот или иной ущерб. Кроме этого, необходимо отказаться от желания кому что-то доказать или кому-то отомстить [2; 3].

Таким образом, исходя из перечисленной и проанализированной информации, следует обозначить, что современная психология фокусирует внимание на психологических аспектах и предпосылках возникновения недуга, как средства получения вторичной, но зачастую не осознаваемой выгоды. Здесь необходим отметить, что психология, безусловно, обращает внимание на появление и протекание физиологических недугов, однако, не берется за их лечение, оставляя это медицине, при этом она всегда настаивает на глубинной психологической проработке проблемы с целью предотвращения не только симптома, но и основы самой болезни.

Список литературы:

1. Бабич Е.Г., Савченко Д.В. Роль отца в семье, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья // Ответственное

отцовство: актуальные проблемы и пути их решения. Сборник научных статей. Под редакцией Е.А. Петровой. Москва, 2015. С. 14-17.

2. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. М.: Изд-во Эксмо, 2005. 992 с.

3. Психологическое консультирование: Теория и практика: Учеб. пособие для студентов вузов / Н. Д. Линде. М.: Аспект Пресс, 2010. 255 с.

4. Психосоматические причины венерических болезней. Сифилис, гонорея, герпес генитальный, трихомониаз, СПИД // inesik.ru URL: http://inesik.ru/psihosomaticheskie-prichiny-venericheskih-bolezney-sifilis-gonoreya-gerpes-genitalnyy-trihomoniaz (дата обращения: 17.10.2016).

5. Поговорим о тревожно-фобическом расстройстве // psi-doctor.ru URL: http://psi-doctor.ru/nevrozy/trevozhno-fobicheskoe-rasstrojstvo.html (дата обращения: 17.10.2016).

6. Фролова Ю.Г. Психосоматика и психология здоровья: Учеб. пособие. 2-е изд., перераб. и доп. / Ю.Г. Фролова. Мн.: ЕГУ, 2003. 172 с.

7. Смирнова Т. П. Психологическая коррекция агрессивного поведения детей. – Ростов на Дону, "Феникс", 2005.

8. 10 ведущих причин смерти в мире // http://www.who.int URL: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/ru/index2.html (дата обращения: 10.10.2016).

9. Сердечно-сосудистые заболевания // http://www.who.int URL: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/ru/ (дата обращения: 10.10.2016).

10. Неинфекционные заболевания // http://www.who.int URL: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/ru/ (дата обращения: 10.10.2016).

Электронный научный журнал
«Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие»
www.humjournal.rzgmu.ru / E-mail: humjournal@rzgmu.ru

СПЕЦИФИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Зорин Роман Александрович, Жаднов Владимир Алексеевич,
Лапкин Михаил Михайлович
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, Россия

Ключевые слова: эпилепсия, эмоциональная сфера, мотивационная сфера, кластерный анализ.

Эпилептические приступы рассматриваются как отражение системных психофизиологических свойств индивида, характеризующих склонность к пароксизмальной реакции [8], при этом системно-функциональный подход предполагает изучение психометрических характеристик в континууме целенаправленной деятельности с описанием особенностей мотивационной сферы, эмоциональных характеристик, процессуальной стороны деятельности [6].

Целью работы является выявление специфики психологических характеристик у больных эпилепсией с различным течением заболевания.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 75 пациентов, страдающих эпилепсией, из них 32 мужчины и 43 женщины, средний возраст составил 36,4±1,38 года. Осуществлялась балльная оценка уровня социальной адаптации, эффективности проводимой антиконвульсантной терапии, числа фокальных моторных приступов с автоматизмами (сложных парциальных приступов), первично- и вторично-генерализованных приступов. Исследование мотивационной сферы проводилось при помощи опросника В Гербачевского для выявления уровня притязаний по отношению к моделируемой целенаправленной деятельности (тест Шульте Горбова) методом интервьюирования

[4]. Для оценки уровня тревожности как личностной характеристики (предрасположенность к тревоге) и как психического состояния был использован опросник Спилбергера Ч.Д. (адаптирован Ханиным Ю.Л.); уровень личностной тревожности оценивался также при помощи «Шкалы проявлений тревоги Тейлор Д.» в адаптации Норакидзе, уровень тревожных расстройств определялся при помощи субшкалы «Госпитальной шкалы тревоги и депрессии» [2].

Оценка уровня депрессии проводилась при помощи опросника депрессивности А.Т. Бека по когнитивно-аффективной шкале и шкале соматизации, а также при помощи субшкалы депрессии «Госпитальной шкалы тревоги и депрессии» [2]. Для оценки агрессивности личности, возникающей на основе мотива агрессии, был использован опросник А. Басса и А. Дарки в адаптации Л.Г. Почебута с выделением 5 шкал: вербальной, физической, предметной, эмоциональной агрессии и самоагрессии. Личностно-психологические показатели агрессии оценивались при помощи опросника State Trait Anger Inventory (STAXI) Спилбергера Ч.Д. по шкалам направленности гнева (агрессии) на себя (STAXI AX/IN), направленности гнева вовне (STAXI AX/OUT), контроля агрессии (STAXI AX/CON), личностной агрессии (агрессии как черты характера).

Оценка темперамента проводилась при помощи теста EPQ, основывающегося на трёхфакторной модели Айзенка Г., с определением уровня нейротизма, экстра- и интроверсии, психотизма [2]. Для диагностики особенностей поведения был использован экспресс-вариант опросника Дженкинса для выявления и оценки поведения типа А (упорная борьба за достижение цели, ощущение нехватки времени, желание добиться цели) и типа поведения Б с противоположными характеристиками [2].

Для изучения процессуальных характеристик предметно-деятельного и коммуникативного аспектов темперамента был использован опросник структуры темперамента В.М. Русалова. Оценивались шкалы предметной эргичности,

социальной эргичности, пластичности, социальной пластичности, темпа, социального темпа, эмоциональности, социальной эмоциональности, контрольной шкалы [5].

Кластерный анализ проводился методом K-средних [7] для разделения пациентов на подгруппы по клиническим характеристикам, уровню психических нарушений, показателям социального функционирования. Для описания психометрических характеристик в подгруппах пациентов использовались средние значения, медиана, значение нижнего и верхнего квартиля. Различия между подгруппами оценивались при помощи непараметрического критерия Манна-Уитни (Z), значимыми считались различия при уровне $p<0,05$ [7].

Результаты и их обсуждение. Методом кластерного анализа выделено 2 подгруппы больных эпилепсией с различными клиническим и социальными характеристиками (кластер 1 включал 44 пациента, кластер 2 – 31 пациента). Определяется меньшая эффективность терапии в кластере 2 ($Z=-3,001$; $p=0,003$); большая степень выраженности психических нарушений в кластере 2 ($Z=-3,869$; $p=0,0001$) и нарушений социальной адаптации ($Z=-3,688$, $p=0,0003$). Пациенты кластера 1 характеризуются преобладанием сложных парциальных приступов (фокальных моторных приступов с автоматизмами), различия достоверны ($Z=2,163$; $p=0,03$); в кластере 2 достоверно преобладают генерализованные приступы ($Z=7,23$; $p=0,0001$). Количество, принимаемых для контроля за приступами препаратов достоверно выше у пациентов кластера 2 ($Z=-2,101$; $p=0,04$).

Пациенты подгруппы 2 характеризуются достоверно более высоким уровнем эмоциональной агрессии, общей агрессии, личностной агрессии (агрессии как черты характера) по сравнению с группой 1; в подгруппе 2 также определяется больший уровень аутоагрессии и гетероагрессии по сравнению с группой 1. Уровень личностной и ситуативной тревожности достоверно выше в

подгруппе 2; в этой же подгруппе определяется более высокий уровень депрессии (как когнитивно-аффективного, так и соматического компонента).

Определяется достоверно большая интроверсия у больных эпилепсией в подгруппе 2. Выявлены достоверные различия между пациентами подгрупп по показателям пластичности, темпа деятельности и социального темпа; данные показатели ниже в подгруппе 2. Продемонстрировано, что у пациентов подгруппы 2 более выражен мотив смены деятельности; а также определяются меньшие значения познавательного мотива и предполагаемой закономерности результатов по показателям теста Гербачевского.

Эффективное решение задачи кластеризации методом k-средних с достоверными различиями между подгруппами по клинико-социальным показателям демонстрирует неоднородность группы больных эпилепсией по данным характеристикам, при этом подгруппа 2 может быть обозначена как подгруппа с более «неблагоприятным» течением заболевания. Результаты сравнения психометрических показателей демонстрируют, что при неблагоприятном течении заболевания преобладают мотивы, определяющие избегающий характер поведения. В этой же подгруппе больных определяется большая интроверсия. В эмоциональной сфере неблагоприятное течение заболевания характеризуется высоким уровнем тревожности, депрессии, а также более высоким уровнем общей агрессии, ауто- и гетероагрессии, эмоциональной агрессии по сравнению с группой 1. Процессуальные характеристики деятельности при неблагоприятном течении заболевания характеризуются сниженными показателями пластичности, темпа деятельности и социального темпа. Данные феномены имеют двойственную интерпретацию: возможно их рассмотрение как психологической реакции на худшее течение заболевания и большую выраженность побочных действий антиконвульсантов. С нейрофизиологической позиции обсуждается связь аффективных нарушений при эпилепсии с локализацией патологического оча-

га, в частности особую роль имеет височная (мезиотемпоральная) локализация эпилептогенного очага и вторичное снижение активности и дисфункция лобных долей [3]. Возможна интерпретация психологических особенностей больных с неблагоприятным течением эпилепсии как отражения системного социально-психологического и психофизиологического феномена, при котором специфика мотивационно-эмоциональной сферы с направленностью мобилизованных ресурсов не на внешнюю, социально-ориентированную и социально приемлемую деятельность, а на неадекватные защитные реакции на стрессовые факторы в виде увеличения агрессии, интровертированности личности сопровождается большей вероятностью реализации архаичных биологических моделей поведения, которые проявляются в форме эпилептических приступов [1].

Список литературы:

1. *Жаднов В.А. Системные основы синдромообразования в неврологии на примере эпилепсии [Текст] / В.А. Жаднов, М.М. Лапкин, А.С. Стариков // Вестн. новых мед. технологий. 2002. Т. 9, №1. С. 40-44.*

2. *Мантрова Н.Н. Методическое руководство по психофизиологической и психологической диагностике [Текст] / Н.Н. Мантрова. Иваново: ООО "Нейрософт", 2007. - 216 с.*

3. *Мула М. Депрессия и эпилепсия: эпидемиологические и нейробиологические аспекты [Текст] / Современная эпилептология: проблемы и решения // Под ред. Е.И. Гусева, А.Б. Гехт. – М.: ООО «Буки-Веди», 2015. – С. 117-122.*

4. *Практикум по экспериментальной и прикладной психологии: Учебное пособие [Текст] / под ред. А.А. Крылова. Л.: Издательство Ленинградского университета, 1990. – 272 с.*

5. *Русалов В.М. Биологические основы индивидуально-психологических различий [Текст] / В.М. Русалов. М.: Наука, 1979. – 352 с.*

6. Судаков К.В. Мотивация – основа психической деятельности [Текст] / К.В. Судаков // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2006. Т. 106, № 7. С. 4-11.

7. Халафян А.А. Statistica 6. Статистический анализ данных [Текст] / А.А. Халафян. М.: Бином-Пресс, 2007. - 512 с.

8. Эпилепсия, изменение личности, лечение [Текст] / С.А. Громов [и др.] СПб.: ИИЦ Балтика, 2006. – 320 с.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА, НАХОДЯЩИХСЯ НА РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБАХ ДОСТАВКИ ИНСУЛИНА

Зуб Андрей Владимирович, Никифорова Елизавета Михайловна

ГБОУ ВПО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград, Россия

Ключевые слова: тревога, качество жизни, сахарный диабет 1 типа.

Введение. В медицинской науке и практике принято обращать внимание на биомедицинские аспекты заболевания: клинические и метаболические параметры. отражающие состояние больного и результаты терапии. Будучи необходимыми и достаточными для острого заболевания, при хронических заболеваниях на первый план выдвигаются аспекты их влияния на жизнь больного, его психический и социальный статус, как в отношении самой болезни, так и результатов ее лечения. Детский возраст является периодом становления характера и формирования социально-психологической адаптации личности. Ощущение собственного несовершенства из-за возникшего заболевания нередко снижают качество жизни детей-инвалидов, способствуют формированию комплекса неполноценности, акцентуации на своем состоянии и являются причинами частых, порой серьезных нарушений эмоциональной сферы, которые усугубляют тяжесть течения заболевания.

Наличие тревожно-депрессивного состояния у больных СД 1 типа существенно утяжеляет течение данного заболевания [1], и тем самым препятствует достижению компенсации заболевания [2]. Доказано, что безучастное отношение пациента к лечению, связанное с различными психологическими пробле-

мами, препятствует достижению наилучших параметров метаболического контроля [1].

Цель исследования: Изучить особенности психоэмоционального статуса у детей с СД 1 типа на различных способах доставки инсулина.

Материалы и методы. Диагностика развития эмоционально-волевой сферы у наблюдаемых детей осуществлялась проспективно с применением теста Дж. Тейлора, адаптация Т. А. Немчинова (тест на определение уровня личностной тревоги). В исследовании участвовало 86 пациентов, болеющих СД 1 типа – 43 ребенка находящихся на заместительной инсулинотерапии по интенсифицированной (базисно-болюсной) схеме в режиме ежедневных многократных инъекций посредством инсулиновых шприц-ручек, и 43 ребенка использующих в качестве доставки инсулина инсулиновый дозатор — помпу.

Оценивали динамику показателей гликемии (колебания в течении суток) и гликированного гемоглобина (HbA1), потребность в инсулине на 1 кг-массы тела у детей и подростков, страдающих СД 1. Состояние липидного обмена оценивали по уровню холестерина и триглицеридов.

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась на персональном компьютере Celeron с использованием пакета статистических программ «Microsoft Office Excel 2010». Критический уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение.

Было сформировано 2 группы пациентов в зависимости от способа доставки инсулина. Первую группу (n=43) составили пациенты, находящиеся на способе доставки инсулина посредством шприц-ручек, средний возраст - 10,8±1,1 лет, а продолжительность болезни 2,3±0,5 года, время использования шприц-ручек 2,3±0,5 года. Вторую группу (n=43) составили дети, использующие помпу, как способ доставки инсулина, средний возраст - 11,4±1,3 года, а

продолжительность болезни 2,5±0,7 лет, время пребывания на помпе 2,5±0,5 года.

В 1 группе, где средняя суточная доза инсулина – 0,84 Ед/кг, а HBA1c 7,8 ммоль/л наблюдались следующие показатели: высокий уровень тревоги (УТ) был выявлен у 3 человек (6,98 %), у этих пациентов средняя суточная доза инсулина 1.2 Ед/кг, а HBA1c 9,5 ммоль/л, у 26 человек (60,46%) – средний УТ, а средняя суточная доза инсулина составила 0,75 Ед/кг, HBA1c 7,5 ммоль/л. У 14 пациентов (32,56%) низкий УТ ассоциирован с средней суточной дозой инсулина 0.55 Ед/кг, а HBA1c 6,4 ммоль/л.

Во 2 группе средняя суточная доза инсулина - 0,53 Ед/кг, HBA1c 6,2 ммоль/л наблюдались следующие показатели: высокий уровень тревоги (УТ) не был выявлен ни у одного ребенка, у 20 пациентов (45%) средний УТ, при этом средняя суточная доза инсулина - 0,6 Ед/кг, а HBA1c 6 ммоль/л. Низкие значения УТ у 24 пациентов (55%), у этих детей средняя суточная доза инсулина - 0,45 Ед/кг, а HBA1c 5,4 ммоль/л.

Статистически значимых различий по уровням гликемии при поступлении, выявлено не было. Однако уровень HbA1C у пациентов со средним и высоким уровнем тревоги и депрессии был достоверно выше (6,4±0,4 % vs 7,8 ± 0,5%), $p < 0,05$.

Статистически значимых различий между группами по уровню общего холестерина и триглицеридов отмечено не было.

Выводы.

В обеих группах наблюдается повышение уровня личностной тревожности. Повышение данного показателя у пациентов можно объяснить возникающим у детей вследствие заболевания ощущением собственной неполноценности, "непохожести" на других сверстников. Это порождает ощущение тревоги при столкновении с социальной средой.

Наличие высоких показателей тревожно-депрессивного синдрома связано с дезадаптацией детей, и не пониманием складывающейся ситуации с их состоянием из-за особенностей терапии и образом жизни при заболевании. Наличие депрессивного состояния ассоциировано с уровнем HbA1C более 7,8%.

Список литературы:

1. Дедов И.И. Сахарный диабет у детей и подростков. – М.: Универсум Паблишинг, 2008. – 392 с.

2. Отношение к лечению у больных сахарным диабетом. Влияние сопутствующих депрессивных и тревожно - фобических расстройств / М. Ю. Дробижев [и др.] // Проблемы эндокринологии. — 2009. — № 5. — С. 37–39.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БИОМАРКЁРОВ СОСТОЯНИЯ В ПСИХОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ

Иванова Лилия Георгиевна, Мигачев Дмитрий Валерьевич, AlexSukharevsky, Иванова Елена Дмитриевна

ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко»,Москва, Россия

ООО «Лаборатория практической психофизиологии БИОКОР», Москва, Россия

VerticalBiometrics LLC, BostonMassachusetts, USA

МФТИ (ГУ), Москва, Россия

Ключевые слова: биомаркеры, биомедицинский подход, скрининг аутизма, мониторинг состояния.

Развитие информационных технологий, систем сбора и обработки большого объема данных позволяет решать задачи, которые были поставлены десятилетия назад, но не могли быть решены на том уровне и ждали своего времени. К таким задачам можно отнести диагностику психологических состояний, выявление психических отклонений и заболеваний, в том числе на ранней стадии и у детей.

На настоящий момент психология фактически является единственным направлением, которое в своей практике недостаточно полно использует достижения высокотехнологичных направлений медицины. За последние годы появились аппаратные технологии, основанные на регистрации физиологических показателей, для которых установлена связь с психологическим состоянием. В основном эти разработки используются в рутинных обследованиях пер-

сонала или для профориентации. Однако возможности и перспективы применения этих методов в практике психологов, и не только клинической, значительно превосходят их текущее использование.

Отечественная школа психиатрии еще в 70-е годы 20 века рассматривала подход, объединяющий клинико-психопатологические и биомедицинские исследования в единое целое. На протяжении десятилетий идет поиск специфичных биомаркеров психических заболеваний, позволяющий объективно измерить характеристики биологических процессов, происходящих в организме, как для повышения надежности диагностики, так и для оценки реакции на терапевтическое вмешательство. [1]

Текущее понимание биомаркера, как правило, сводится к лабораторной диагностике: от гена до биохимии. Однако если применить понятие «биомаркер» шире, то в этом качестве может выступать любой параметр, который может быть зарегистрирован у человека. На этом основаны методы психофизиологии. Этот подход может оказаться наиболее ценным в психологии и психиатрии, так как позволяет регистрировать связь между психическими или когнитивными функциями и физиологическими процессами, специфичными для заболевания. [2]

Следующим шагом в развитии этого направления могут стать технологии дистанционной диагностики, позволяющие отслеживать изменение состояния в динамике. Применив на практике данный подход, мы использовалидистанционный длительный мониторинг психофизиологического состояния, используя вариабельность сердечного ритма.[3]Это позволило разработать способ скрининг диагностики расстройств аутистического спектра.

Использование в психологической практике инструментов объективизации состояний позволит существенно расширить инструментарий и возможно-

сти психолога, в том числе в профилактике, лечении и реабилитации соматической патологии.

Список литературы:

1. Каримова Х. М., Намазова-Баранова Л. С., Мамедъяров А. М., Турти Т. В., Клюшник Т. П.Некоторые иммунологические показатели у детей с задержкой психомоторного развития вследствие перинатального поражения центральной нервной системы гипоксически-ишемического генеза. Педиатрическая фармакология,Выпуск№ 2 / том 8 / 2011, стр. 57-62

2. Кравцов Ю. И., Жарнильская Е.Л., Электроэнцефалографические показатели и речевое развитие в динамике до 3-летнего возраста у детей с перинатальным поражением мозга легкой и средней степени. Казанский медицинский журнал, Выпуск№ 6 / том 92 / 2011, стр. 813-816

3. БаевскийР.М., Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии. М.: Медицина, 1979, 296 с.

РОЛЬ ПСИХОЛОГИИ В МОДЕЛИ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО ПРЕВЕНТИВНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Иванова Лилия Георгиевна, Мигачев Дмитрий Валерьевич
ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко»,Москва, Россия
ООО «Лаборатория практической психофизиологии БИОКОР», Москва, Россия

Ключевые слова: превентивная медицина, 4П медицина, коррекция стресса, мониторинг стресса.

Реалии настоящего времени требуют внедрения новых подходов к здоровью, основанных на персонализации и доступности использования, как врачом, так и пациентом. Особо перспективными являются технологии, основанные на достижениях фундаментальной науки, в том числе 20-го века, но реализованные на современном техническом уровне и новейших разработках индустрии информационных технологий.

Открываются широкие возможности перехода к новой модели медицины – превентивной медицине, основанной на выявлении персональных факторов риска, ранней, донозологической диагностике и коррекции рисков развития заболевания до появления самого заболевания за счет коррекции образа жизни и адресного применения, уже имеющихся в арсенале, фармацевтики средств профилактики конкретного заболевания.

Таким образом, речь идет о возможности составления персонифицированной карты риска для каждого человека и перераспределение усилий здраво-

охранения в первую очередь на корректировку индивидуальных факторов риска, вместо акцента на лечении уже проявившейся болезни.

Такой подход нашел отражение в модели «4П» Медицины основанной на следующих принципах:

Персонификация – учет индивидуальных особенностей,

Предикция – выявление риска возникновения заболеваний,

Превенция – корректировка на донозологической стадии,

Парсипативность – обязательное активное включение человека в процесс сохранения собственного здоровья [1].

В программных документах РФ обозначены,в качестве задач, переход на персонифицированную превентивную медицину, передача ответственности за здоровье от государства человеку. Несмотря на возможный негативный оттенок, это может рассматриваться как возможность для смены «потребительского» менталитета пациента, оказавшегося неэффективным в подходах к профилактики заболеваний, на активное включение человека в процесс сохранения своего здоровья.

Переход на превентивную медицину даст в том числе существенный экономический эффект, так как многократно доказано, что рубль, вложенный в профилактику и превенцию окупается многократно.

Рассматривая модель 4 «П» медицины мы приходим к необходимости выделять и корректировать факторы риска, как индивидуальные для конкретного человека, так и общие факторы риска, приводящие к возникновению болезней и ухудшению здоровья.

Одним из наиболее значимых факторов современной жизни является стресс.

Многочисленными исследованиями подтверждено, что стресс является причиной множества заболеваний, запускает целый ряд механизмов, приводя-

щих к развитию заболеваний-лидеров по причинам смертности и инвалидности: инфарктов, инсультов, онкологических заболеваний и других патологий.

И, не смотря на то, что крайне негативное влияние стресса на здоровье доказано, профилактика стресса ограничивается общими рекомендациями, без конкретной помощи со стороны профессионалов.

Недооценка фактора стресса, как одного из основных влияющих на здоровье факторов, на наш взгляд, обусловленонедостаточными знаниями по возможностям егообъективизации и отслеживания динамики его изменения и методов коррекции.

Раскрывая идеюпрофилактики и коррекции фактора стресса, становится очевидна роль психологии и психологов в модели превентивной персонифицированной медицины.

Можно выделить несколько наиболее значимых этапов:

Привитие населению навыков психологической гигиены;

Развитие навыков самоконтроля и обучения владения техниками снятия стресса;

Активное участие психологов в решении психологических проблем широкого круга пациентов.

Можно отметить, что при лечении и реабилитации даже у хронически больных людей роль психологического фактора может являться более чем существенной, но при тяжелой физиологической патологии, к сожалению, отходит на второй план.

Тем самым, включение психологов в процесс профилактики, лечения и реабилитации является необходимым условием для повышения эффективности системы здравоохранения и крайне необходимо для развития полноценного института превенции заболеваний.

Список литературы:

1. Скрипкина Т. Вероника Скворцова заявила о переходе к модели 4П-медицины [Электронный ресурс]/SIBMEDA// медицинский портал. Режим доступа: http://sibmeda.ru/news/sovremennaya-meditsina/veronika-skvortsova-zayavila-o-perekhode-k-modeli-4p-meditsiny/ (дата обращения 23.10.2016 г.)

КУЛЬТУРА СООБЩЕНИЯ ПЛОХИХ НОВОСТЕЙ В ПРАКТИЧЕСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ: КОНЦЕПЦИЯ ФОРМИРОВАНИЯ

Казаева Александра Вячеславовна, Носкова Марина Владимировна
ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, Екатеринбург, Россия

Ключевые слова: культура сообщения плохих новостей, врач-пациент, ролевая игра.

Сегодня на уровне государства активно обсуждаются проблемы эффективной коммуникации во взаимодействии «врач-пациент». Ориентируясь на федеральные законы «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (№ 323-ФЗ от 21.11.2011 г.) и «Об образовании в Российской Федерации» (№ 273-ФЗ от 29.12.2012 г.) главной целью медицинского вуза является подготовка квалифицированных специалистов для практического здравоохранения [1]. Поэтому к врачам предъявляются высокие требования, как профессиональному уровню, так и владению коммуникативной культурой. Появляются новые федеральные государственные образовательные стандарты, образовательные программы, учебные планы, которые диктуют внедрение новых дисциплин, направленных на формирование коммуникативных и практических навыков врача. В современных условиях пациент становится активным участником лечебного процесса. Не только врач присматривается к больному, но еще более пристально изучает врача больной: ведь перед ним человек, который может решить его судьбу. Он тоже пытается понять, в чьих руках он оказался. При этом его интересует не только то, насколько врач эрудирован, но и что он за человек – внимателен ли он, добр ли, участлив или равнодушен. Больной формирует свое мнение на основе поведения врача, его слов. Как он оценит

врача, так и поведет себя в дальнейшем – либо полностью доверится и тогда он раскроется, будет помогать врачу, или же замкнется, и врач услышит лишь сухие ответы на вопросы. А ведь от того зависит полнота информации, которую получает врач и, значит, надежность диагноза [2].

Согласно статье 22 «Информация о состоянии здоровья» Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», врач обязан сообщать информацию о здоровье пациенту лично. Врач является коммуникатором, проводником, т.е. главным человеком, сообщающий неприятные новости пациенту и его родственникам. Ему необходимо обладать особой коммуникативной культурой сообщения плохих новостей. Таким образом, общение врача и пациента оказывает компетентное влияние на качество медицинской помощи.

С одной стороны, сообщение плохих новостей является неотъемлемой частью профессиональной деятельности, а, с другой – отражается на психоэмоциональном состоянии врача. Поэтому часто они сообщают подобную информацию не достаточно полно, хладнокровно, не заботясь о состоянии пациента, а порой даже избегают ее сообщать. [3]

Ситуация «плохих новостей» можно подразделить на подвиды: плохие новости, неприятные новости.

Плохие новости – это новости, когда врач должен сообщить пациентам, партнерам и членам семьи о смертельной болезни, неизлечимой болезни, увечье, внезапной или прогнозируемой смерти. В свою очередь, плохие новости могут содержать в себе:

– сообщение о тяжелых заболеваниях, но с обратимыми процессами (например, сифилис, туберкулез и т.д.);

– сообщение о смертельных заболеваниях с необратимыми процессами (например, ВИЧ- СПИД, лейкемия, рассеянный склероз, злокачественные опухоли с метастазами и т.д.);

– сообщение о неизлечимых заболеваниях с тяжелыми или необратимыми последствиями (например, сахарный диабет, болезнь Дауна, гемофилия, шизофрения, эпилепсия и т.д.);

– сообщение об инвалидизации пациента (например, потеря конечностей);

– сообщение родственникам о смерти пациента, как о свершившемся факте.

Неприятные новости – это новость, в ответ на которую у пациента могут возникнуть такие эмоциональные реакции как страх, тревога, волнение, печаль, огорчение. Неприятные новости могут содержать в себе, сообщение врачом пациенту о предстоящей операции, о хроническом заболевании (например, бронхит, артериальная гипертензия и т.д.), о переломе конечности, которое вызывает у пациента переживание неприятного характера (тревога, страх, огорчение и т.д.) [4].

Среди уже разработанных и используемых за рубежом моделей, наиболее популярным является S-P-I-K-E-S (Setup, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, and Strategies). Она наиболее полно учитывает динамический и конвенциональный характер данного фрагмента медицинского общения, когнитивные и эмпатийные компоненты ситуации взаимодействия. Рассматривает комплекс действий вербального и невербального коммуникативного поведения врача. Данная стандартизованная модель диалога предусматривает определенную последовательность коммуникативных ходов, представленных в речевых и неречевых приемах. Они направлены на создание оптимальных условий для достижения иерархически выстроенных коммуникативных целей.

На кафедре психологии и педагогики Уральского государственного медицинского университета г. Екатеринбурга (УГМУ) формирование культуры сложных навыков сообщения плохих новостей интегрировано в рабочую программу для ординаторов как междисциплинарный образовательный модуль. Данный навык рассматривается в контексте коммуникативных и практических навыков врача. Сложные специализированные навыки коммуникации проявляются в разных клинических ситуациях: ситуация «плохих новостей»; конфликт; командное взаимодействие; типы пациентов: тревожные, депрессивные, агрессивные.

В качестве основной модели сообщения «плохих новостей» была взята модель SPIKES, предложенная доктором R. Buckman (2005 г.). Даная модель стала достаточно популярна среди мирового медицинского сообщества. Она включает в себя шесть этапов: Setting –установление контакта, Perception – оценка готовности к восприятию, Invitation – приглашению к диалогу, Knowledge – сообщение информации, Emotion – эмоциональная поддержка, Strategy and Summary – обсуждение дальнейших действий пациента и подведение итогов [5]. На каждом из этапов от врача требуется проявление особых коммуникативных навыков по отношению к пациенту: эмпатия, готовность к получению информации, подача информации, проверка понимания.

Культура формирования навыка сообщения плохих новостей включает в себя подготовку условий коммуникации; установление уровня информированности пациента и его представлений о ситуации; установление желания пациента быть информированным и относительно степени информирования; предупреждение о намерении сделать сообщение и информирование пациента; реакцию на эмоционально-чувственную сферу пациента (эмпатия); включение пациента в процесс принятия решений; подтверждение готовности в оказании дальнейшей медицинской помощи.

Формирование данных навыков у будущих врачей проходит в несколько этапов: теоретическая часть, моделирование клинических задач и клинических сценариев с применением сюжетно-ролевой игры с использованием технического обеспечения (аудио- и видео) и дебрифингом.

Ролевая игра считается одним из эффективных методов, а также комплексным методическим приемом обучения будущих врачей культуре сообщения плохих новостей [6]. Разрабатываются чек-листы для оценивания навыков с наблюдаемыми индикаторами коммуникативных навыков – вербальными и невербальными характеристиками поведения участников разыгрываемых ситуаций [7].

На основании вышеизложенного материала, культура сообщения плохих новостей в практическом здравоохранении играет важную роль при оказании медицинской помощи.

Список литературы:

1. *Глыбочко П.В. Образовательно-кадровый континуум в здравоохранении // Медицинское образование и вузовская наука. – М., 2015. № 1. С.6-9.*

2. *Магазаник Н.А. Врачевание и психология. – М.: Медкнига, 2007. С.5.*

3. Казаева А.В. навык сообщения плохих новостей в медицине: тренинговая технология формирования [Электрон. ресурс]. Режим доступа: http://rosomed.ru/theses/344

4. Асимов М.А., Дощанов Д.Х. Особенности сообщения плохих новостей в медицинском учреждении педиатрического профиля / Сообщение плохих новостей: учеб. пособие. – Алматы, Эверо, 2014. С. 60-71.

5. Buckman, R. Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. Community Oncology, 2005. P. 183-142.

6. Носкова М.В., Казаева А.В. Применение ролевой игры в формировании умения эффективного взаимодействия врач-пациент / Теоретические и прикладные аспекты психологии и педагогики: сборник статей Международной научно-практической конференции. – Уфа: Аэтерна, 2014. С. 42-43.

7. Дьяченко Е.В., Носкова М.В., Шихова Е.П., Кропанева Е.М., Казаева А.В., Андрега Д.С. Коммуникативная компетентность врача: актуальность проблемы, принципы формирования в медицинском вузе, методика оценки (статья) // Вестник УГМУ: Научно-практический журнал. Вып. 1 (85). 2015. Екатеринбург, УГМУ. С. 28-31.

СНИЖЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ УРОВНЯ АГРЕССИВНОСТИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МОЛОДЕЖИ

Карасева Диана Дмитриевна, Шульга Тамара Ивановна
БУ ХМГМА, г. Ханты-Мансийск, Россия

Ключевые слова: агрессивность, молодежь, агрессивное поведение, адаптивное поведение.

Слово "агрессия" мы часто употребляем в самом широком контексте. Под агрессией и агрессивностью понимают врожденную реакцию человека для "защиты занимаемой территории" (Лоренц, Ардри, Л. Столяренко); установку к господству (Моррисон); реакцию личности на враждебную человеку окружающую действительность (Хорци, Фромм). Очень широкое распространение получили теории, связывающие агрессию и фрустрацию (Маллер, Дуб, Доллард). Агрессивность обладает качественной и количественной характеристикой.

Каждый человек обладает определенной степенью агрессивности. Отсутствие ее приводит к пассивности, ведомости. Чрезмерное развитие приводит к конфликтной, неспособной на сознательную кооперацию личности.

Агрессивность не делает субъекта сознательно опасным, так как, с одной стороны, существующая связь между агрессивностью и агрессией не является жесткой, а, с другой, сам акт агрессии может не принимать сознательно опасные и неодобряемые формы.

«***Агрессивное поведение*** – это специфическая форма действий человека, характеризующаяся демонстрацией превосходства в силе либо применением силы по отношению к другому человеку или группе лиц, которым субъект стремится причинить ущерб».

«***Адаптивное поведение*** - это взаимодействие человека с другими людьми, характеризующееся согласованием интересов, требований и ожиданий его участников»

Актуальность: Проблема агрессивного поведения молодежи становится актуальной в связи с увеличивающимися фактами неадекватного поведения молодежи в общественных местах.

Цель: Проведение тестирования с последующим анализом уровня агрессии среди студентов ХМГМА в возрасте 17-20 лет с выявлением уровня агрессивности.

Материалы и методы. Исследование проведено в 2016 году в ХМГМА. Были установлены возрастные рамки среди тестируемых. Исследовали на степень агрессивности при помощи методики разработанной Л.Г.Почебут на основе методики Басса – Дарки. Опрошено-186 чел. Из них юношей - 48, девушек – 138.

Результаты. Предметом исследования было агрессивное поведение студентов ХМГМА.

Согласно методике с превышение 20 баллов означает высокий уровень агрессивности поведения и низкие адаптивные возможности.

В результате исследования установили, что уровень агрессивности и адаптационной способности среди студентов молодежи ХМГМА является средним по оценочной шкале Почебут-Басса-Дарки. Так, у девушек средний показатель составил 15 баллов, у юношей – 17 баллов, что является показателем для обоснования уровня агрессивности.

Рассматривая отдельные виды агрессии, выявили, что:

Вербальная агрессия (ВА): средний балл у юношей составил – 3,4 балла, у девушек – 3,1 балл, что свидетельствует о средней степени агрессии и адаптации.

Физическая агрессия (ФА): у юношей - 3,9 балла, у девушек – 1,6 балла. Таким образом, у юношей средняя степень агрессии и адаптации, а у девушек низкий уровень агрессии и высокая степень к адаптации.

Предметная агрессия (ПА): у юношей средний балл составил – 2,2 балла, у девушек – 2,9 балла. Юноши имеют низкую степень агрессии и высокую адаптивную, девушки – среднюю степень агрессии и адаптации.

Эмоциональная агрессия (ЭА): у юношей средний балл – 2,2 балла, у девушек – 2,1 балла. Низкий уровень агрессии и высокая степень адаптации.

Самоагрессия (СА): Юноши – 3,6 балла, девушки – 3,7 балла. Средний уровень агрессии и адаптивной способности.

Вывод: Таким образом, средняя степень агрессивности и адаптивного поведения студентов медицинского вуза объясняется незавершенным процессом адаптации к вузу, недостаточной сформированностью мотивов по профессии, задержки в возрастном развитии.

Список литературы:

1. Почебут Л.Г. Кросс – культурная и этническая психология / Л.Г.Почебут – СПб: Питер,2012 – С.236-238

2. Карасева, Д.Д., Шульга, Т.И. Показатели уровня агрессивности среди студентов медицинского вуза/Д.Д.Карасева, Т.И.Шульга//Научный медицинский вестник Югры.-2016.-№1.-С.56

ВЛИЯНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НА ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Ким Данир Александрович

ЗКГМУ им. Марата Оспанова, г. Актобе, Казахстан

Ключевые слова: пищевое поведение, ожирение, качество жизни.

Введение. На данный момент избыточная масса тела и ожирение стоит на 5 месте среди ведущих причин смертности в мире. По данным ВОЗ в 2008 году более 10% процентов населения страдает от ожирения. По оценке ВОЗ в мире насчитывалось около 1,4 млрд лиц до 30 лет, страдающих от избыточной массы тела [2].

На данный момент актуально изучение пищевого поведения, в частности среди молодого населения, с целью детального изучения причины развития отклонений в употреблении пищи. Это позволит предупредить и предугадать развитие многих заболеваний среди молодого населения, а также выбрать правильную тактику в профилактике и лечении некоторых состояний, связанных с употреблением пищи [1,3].

Цель исследования: исследовать зависимость между качеством жизни и пищевым поведением у студентов 1,2,3 курсов факультета «Общая медицина» ЗКГМУ им. Марата Оспанова.

Материалы и методы исследования. Было проведено тестирование студентов 1,2,3 курсов факультета «Общая медицина» ЗКГМУ им. Марата Оспанова, разделенных на 3 группы, в каждой группе было выделено 2 подгруппы (А и Б): I группа – студенты 1 курса (А – 25 мужчин; Б – 25 женщин); II группа – студенты 2 курса (А – 25 мужчин; Б – 25 женщин); III группа – студенты 3

курса (А – 25 мужчин; Б – 25 женщин). Опрошенным были предложены голландский опросник пищевого поведения (DEBQ) и опросник SF-36.

Результаты исследования. Результаты исследования пищевого поведения у всех исследуемых были в пределах нормы и практически не отличаются друг от друга в I, II, III группах. Качество жизни у исследуемых разных групп имеет незначительные отличия.

В IA группе значения BP, GH, VT незначительно выше, чем в IБ, а в IБ группе значение RE больше, чем в IA.

Результаты исследования пищевого поведения 1 курса представлены в таблице 1.

Таблица 1

Оценка пищевого поведения студентов 1 курса

Группа	Оценка пищевого поведения (DEBQ)		
	Эмоциогенное пищевое поведения	Экстернальное пищевое поведение	Ограничительное пищевое поведение
Мужчины	2,07±0,8	2,03±1,1	3,3±0,65
Девушки	2,4±1,0	2,1±1,0	3,1±0,89

В IA группе у 12 человек отмечается незначительное увеличение балла по шкале «Эмоциогенное пищевое поведение», у 12 человек – по шкале «Экстернальное пищевое поведение», у 21 – по шкале «Ограничительное пищевое поведение». В IБ группе у 12 человек отмечается незначительное увеличение балла по шкале «Эмоциогенное пищевое поведение», у 13 человек – по шкале «Экстернальное пищевое поведение», у 19 – по шкале «Ограничительное пищевое поведение». В IA группе отмечается: обратная средней силы корреляционная зависимость между эмоциогенным пищевым поведением и PF (физическое функционирование) ($Rs=-0,6$, $P<0,5$), т.е. при более высоких физических

нагрузках тяга к употреблению еды при негативных эмоциях ниже; слабая прямая зависимость между экстернальным пищевым поведением и GH (Общее состояние здоровья) (Rs=0,4, P<0,5), т.е. при улучшении общего здоровья происходит усиление тяги к еде, связанное с внешним видом еды; обратная средней силы зависимость между экстернальным пищевым поведением и RE (Ролевое функционирование) (Rs=-0,58, P<0,5). В IБ группе корреляционных зависимостей не обнаружено.

Результаты исследования пищевого поведения 2 курса представлены в таблице 2.

Таблица 2

Оценка пищевого поведения студентов 2 курса

Группа	Оценка пищевого поведения (DEBQ)		
	Эмоциогенное пищевое поведения	Экстернальное пищевое поведение	Ограничительное пищевое поведение
Мужчины	2,0±0,8	2,0±1,1	3,1±0,97
Девушки	2,4±1,0	2,1±1,0	3,0±1,0

Во IIA группе у 12 человек отмечается незначительное увеличение балла по шкале «Эмоциогенное пищевое поведение», у 11 человек – по шкале «Экстернальное пищевое поведение», у 19 – по шкале «Ограничительное пищевое поведение». Во IIБ группе у 12 человек отмечается незначительное увеличение балла по шкале «Эмоциогенное пищевое поведение», у 13 человек – по шкале «Экстернальное пищевое поведение», у 22 – по шкале «Ограничительное пищевое поведение». Во IIA группе также отмечается: обратная средней силы корреляционная зависимость между эмоциогенным пищевым поведением и PF (физическое функционирование) (Rs=-0,6, P<0,5); слабая прямая зависимость между экстернальным пищевым поведением и GH (Общее состояние здоровья),

но немного сильнее, чем в I группе (Rs=0,48, P<0,5); обратная средней силы зависимость между экстернальным пищевым поведением и RE (Ролевое функционирование) (Rs=-0,58, P<0,5). Кроме того отмечается слабая прямая корреляционная зависимость между ограничительным пищевым поведением и RP (Ролевое поведение) (Rs=0,4, P<0,5). Во IIБ группе отмечаются: слабая прямая корреляционная зависимость между ограничительным пищевым поведением и PF (Физическое функционирование) (Rs=0,46, P<0,5), т.е. при уменьшении физической нагрузки у девушек уменьшается самоконтроль за собственным весом; слабая обратная корреляционная зависимость между ограничительным пищевым поведением и SF (Социальное функционирование) (Rs=-0,46, P<0,5), что говорит о непосредственном

Результаты исследования пищевого поведения 3курса представлены в таблице 3.

Таблица 3

Оценка пищевого поведения студентов 3 курса

Группа	Оценка пищевого поведения (DEBQ)		
	Эмоциогенное пищевое поведения	Экстернальное пищевое поведение	Ограничительное пищевое поведение
Мужчины	2,0±0,87	2,0±1,1	2,3±1,0
Девушки	2,4±1,0	2,1±1,0	2,9±0,8

В IIIA группе у 12 человек отмечается незначительное увеличение балла по шкале «Эмоциогенное пищевое поведение», у 12 человек – по шкале «Экстернальное пищевое поведение», у 10 – по шкале «Ограничительное пищевое поведение». В IIIБ группе у 12 человек отмечается незначительное увеличение балла по шкале «Эмоциогенное пищевое поведение», у 13 человек – по шкале «Экстернальное пищевое поведение», у 16 – по шкале «Ограничительное пи-

щевое поведение». В IIIA группе также отмечаются: обратная средней силы корреляционная зависимость между эмоциогенным пищевым поведением и PF (физическое функционирование) (Rs=-0,6, P<0,5); слабая прямая зависимость между экстернальным пищевым поведением и GH (Общее состояние здоровья) (Rs=0,48, P<0,5); обратная средней силы зависимость между экстернальным пищевым поведением и RE (Ролевое функционирование) (Rs=-0,58, P<0,5). Отмечается средней силы обратная корреляционная зависимость между ограничительным пищевым поведением и RP (Ролевое поведение) (Rs=-0,51, P<0,5); средней силы прямая корреляционная зависимость между ограничительным пищевым поведением и GH (Общее состояние здоровья) (Rs=0,5; P<0,5). В IIIБ группе корреляционных зависимостей не обнаружено.

Отмечено, что у женщин пищевое поведение в меньшей степени зависит от качества жизни, нежели у мужчин. На 1 и 3 курсах не обнаружены никакие корреляционные связи между качеством жизни и пищевым поведением. У девушек 2 курса ограничительное поведение сильно связано с качеством жизни. У мужчин с каждым курсом зависимость между качеством жизни и пищевым поведением связана более тесно. С каждым годом сила зависимости увеличивается.

Выводы. На основании нашего исследования можно сделать следующие выводы:

1. Необходимо изучать студентов, проживающих в общежитиях, проживающих в плохих жилищных условиях, имеющих высокие баллы по шкалам анкеты DEBQ.
2. Связь пищевого поведения и качества жизни более выражена у мужчин.

3. У мужчин с каждым курсом зависимость между качеством жизни и пищевым поведением связана более тесно и эта зависимость с каждым курсом обучения становится сильнее.

4. У мужчин эмоциогенное пищевое поведение связано обратной связью с физическим функционированием: чем больше нагрузок, тем меньше употребление еды связано с негативными эмоциями. Также у мужчин отмечена взаимосвязь между экстернальным пищевым поведением и общим состоянием здоровья.

5. У женщин происходит ограничение в еде, связанное с физической нагрузкой и социальным ролевым поведением.

Список литературы:

1. Бойцов В.В., Кряцев Ю.Ф., Кузнецов М.А. Философия качества. Качество жизни // Стандарты и качество. – 1997. – № 8. – С. 12.

2. Зараковский Г.М. Качество жизни населения России. – М.: Смысл, 2009. – 320 с.

3. Губина О.Н. Оценка и анализ качества жизни и профессиональной адаптации студентов медицинского вуза: дис. ... канд. тех. наук. – Воронеж, 2007. – 129 с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ МАТЕРЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С АНАФИЛАКСИЕЙ

Кляузова Дарья Павловна

ГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, г. Москва, Россия

Ключевые слова: качество жизни, анафилаксия, детско-материнские отношения.

В настоящее время увеличивается распространённость случаев анафилактического шока, что объясняется увеличением числа случаев пищевой аллергии [4]. Анафилактический шок - это состояние, угрожающее жизни. Заболевание ребёнка является для семьи травмирующим фактором, влияет на взаимоотношения внутри семьи, особенно на детско-материнские отношения, а также на качество жизни матери [3].

Цель: изучение качества жизни матерей, имеющих детей с анафилаксией.

Объектом исследования стали психологические аспекты качества жизни матерей.

Предмет: такие психологические аспекты качества жизни матерей, имеющих детей с анафилаксией, как тревога, жизнестойкость.

Гипотезой исследования стало предположение о наличии психологических особенностей качества жизни матерей, имеющих детей с анафилаксией.

Среди основных **задач** исследования следует выделить:

- Изучение понятия качества жизни в семьях с больным ребёнком.
- Сравнительный анализ ситуативной и личностной тревожности матерей, имеющих ребёнка с анафилаксией и имеющих условно здоровых

детей.

- Сравнительный анализ качества жизни матерей, имеющих детей с анафилаксией и имеющих условно здоровых детей.
- Оценка связи личностных характеристик и качества жизни матерей, имеющих детей с анафилаксией.
- Сравнительный анализ жизнестойкости матерей, имеющих ребёнка с анафилаксией и имеющих условно здоровых детей.

Материалы и методы: исследование проведено на женщинах в возрасте от 27 до 48 лет, имеющие как минимум одного ребёнка в возрасте от 2 до 8 лет. В целом количество испытуемых составило 20 человек. Исследование проводилось на базе «Научно-исследовательского клинического института педиатрии имени академика Ю.Е. Вельтищева» ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, отделение аллергологии. Методики для исследования: методика субъективной оценки ситуационной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л.Ханина (тест на тревожность Спилбергера Ханина), опросник качества жизни ВОЗ (ВОЗКЖ-26), тест жизнестойкости/HardinessSurvey С. Мадди в адаптации Д.А. Леонтьевым, Е.И. Рассказовой[1].

Результаты: в ходе нашего исследования были выявлены психологические особенности качества жизни матерей, имеющих детей с анафилаксией.

По тесту «Личностная тревожность» у матерей, имеющих детей с анафилаксией, отмечается тенденция к высокому уровню тревожности. Такой результат может объясняться наличием у матерей постоянного внутреннего напряжения и беспокойства за жизнь и здоровье ребёнка. Получение данных результатов соотносится с проведённым зарубежным исследованием по определению уровня тревожности у матерей, имеющих детей с пищевыми аллергиями [5].

Показатели качества жизни у матерей, имеющих ребёнка с анафилаксией, ниже, чем у матерей, имеющих условно здоровых детей. Значимые различия

выявлены по показателям «Физическое и психологическое благополучие» и «Самовосприятие».

Между показателями качества жизни и жизнестойкости у матерей, имеющих ребёнка с анафилаксией, имеются корреляционные значимые связи по шкалам «Принятие риска», «Микросоциальная поддержка», «Самовосприятие», «Контроль».

Выводы:Ребёнок с анафилаксией – это постоянная ситуация угрозы жизни. Матерям, имеющим ребёнка с анафилаксией, необходимо постоянно контролировать рацион питания, следить за здоровьем ребёнка. У матерей, имеющих детей с анафилаксией, отмечается снижение уровня качества жизни, повышение личностной тревожности и изменения показателей жизнестойкости.

Список литературы:

1. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. Методическое руководство по новой методике психологической диагностики личности с широкой областью применения. – М: Смысл, 2006г.

2. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – СПб: Изд-во Нева, 2002г.

3. Персиянцева Е.Н. Родительские установки матерей с разным уровнем качества жизни. Современные проблемы науки и образования №2 (часть 2), 2015г.

4. Koplin JJ, Martin PE, Allen KJ "An update on epidemiology of anaphylaxis in children and adults." Current opinion in allergy and clinical immunology 11, 2011г.

5. Willey J. Anxiety and stress in mothers of food-allergic children. Pediatric Allergy and Immunology 25, 2014г.

6. Willey J. Health-Related Quality of Life in children with perceived and

diagnosed food hypersensitivity. Pediatric Allergy and Immunology 26, 2015г.

АУТИЗМ – ПРОБЛЕМА 21 ВЕКА

Князева Анна Владимировна

ФГБОУ ВО Кировская ГМА Минздрава России, г. Киров, Россия

Ключевые слова: аутизм, «люди-дождя», расстройство акустического спектра, психология.

Проблема:

Расстройства акутистического спектра иногда называют «тихой эпидемией» XXI века, а страдающих данным диагнозом «люди-дождя». По данным ВОЗ, во всем мире аутизмом и сходными расстройствами страдает 1 человек из 88. В России достоверной статистики нет, по самым скромным оценкам, число может составлять 250-300 тыс. человек, однако, процент людей, страдающих аутизмом, постоянно растет. Эта группа расстройств хорошо поддается коррекции, и при правильно выстроенной работе и раннем вмешательстве возможно практически полное восстановление всех нарушенных функций центральной нервной системы ребёнка.

На сегодняшний день в нашей стране нет системы комплексной помощи по борьбе с аутизмом, нет системы ранней диагностики. В результате люди, которые могли бы успешно адаптироваться в обществе, работать, учиться, в лучшем случае оказываются в изоляции, в рамках отдельной квартиры, в худшем – проводят свою бесправную жизнь в психоневрологических диспансерах и домах инвалидов, и это только лишь, потому что они не получили вовремя психологической помощи, человеческого сострадания, понимания и принятия их такими какие они есть, поэтому я считаю это несправедливым по отношению к таким людям.

Цель: Исследовать данную патологию и узнать, является ли аутизм проблемой 21 века.

Объектисследования:Статьи, публикации других авторов, затронувших близкий мне вопрос и другие интернет ресурсы.

Предмет исследования:Пациенты с диагнозом: Аутизм.

Задачи исследования:

1.Ознакомиться и сравнить теории аутизма;

2.Изучить формы проявления аутизма;

3.Раскрыть причины и факторы, способствующие возникновению аутизма;

4.Проанализировать методы психологической помощи аутичным людям.

Результаты исследования: Аутизм - расстройство, возникающее вследствие нарушения развития головного мозга и характеризующееся выраженным и всесторонним дефицитом социального взаимодействия и общения, а также ограниченными интересами и повторяющимися действиями, которые активно начинают проявляться во возрасте до трёх лет.[1]

Выделяют следующие теории аутизма:[2]

- отсутствие социальной мотивации
- высокий уровень тревожности
- невроз навязчивостей
- дефицит исполнительной функции

Формы проявления патологии: широко варьируют, но по общепринятой классификации можно подразделить на лёгкую и тяжелую.

Причины и факторы: различные патологии родов, черепно-мозговые травмы, инфекции при беременности матери, последствия вакцинации, наследственные заболевания и нейрофизиологические нарушения, генетические и хромосомные аномалии, расстройства метаболических нарушений, врождённые

анатомические патологии структур головного мозга. По сей день полная этиология аутизма не выяснена и не обоснована официальными данными. [3]

Методы помощи аутичным людям: различные средства помощи, которые должны быть направлены на постоянное поддержание психофизического тонуса и психологическую помощь в развитии аффективной сферы, коммуникативных навыков, стабильного эмоционального статуса.[4]

Выводы:

Таким образом, суммируя имеющийся материал моего исследования можно с уверенностью сказать, что эта патология по своим физиологическим свойствам несомненно возникает вследствие нарушения развития головного мозга и предполагает ряд анатомических изменений.

Кроме этого, удалось выяснить, что поведение аутиста характеризуется ограниченным и повторяющимся поведением, соответственно ему сложно социализироваться, для него окружающий мир был, есть и будет некомфортным, пугающим, и для того чтобы хоть как то приспособить мир к себе, он стремиться упорядочить все, что его окружает. Аутист кажется очень медлительным, неуклюжим,потому что он плохо воспринимает границы своего тела. Вместе со всеми этими недостаткамиаутисты - четкие исполнители, они неукоснительно следуют всем указаниям и инструкциям, они очень талантливы и гениальны, чаще всего это проявляется в искусстве, в точных науках, в программировании. Можно привести множество примеров гениальных аутистов, к примеру, физики - Ньютон, Эйнштейн, Больцман, Планк, Карно, а так же Дарвин, Менделеев, Шредингер, Гедель. Следовательно, труд таких аутистов можно использовать в науке и технических отраслях, в математике, программировании и добиться непредсказуемых высоких результатов.

В силу нехватки научных данных и доказательств нельзя утверждать, что аутизм – это приговор, я считаю, что это лишь повод вовремя начать

специальную работу с таким человеком.Аутисты гораздо талантливее и умнее, чем обыкновенные люди, они способны так видеть мир, как это не дано никому, их чувства настолько глубоки, настолько отличаются от привычных большинству норм и рамок, что в большинстве своем лежат за гранью нашего понимания.Единственный минус таких людей в том, что они абсолютно неприспособлены к самостоятельной жизни, они не могут общаться с окружающими их людьми и миром, так как слишком сильно переживают внутренние эмоции и стараются оставить их при себе, но в этом им можно и нужно помочь, оказав своё внимание специальным подходом и психологической поддержкой.Нельзя остаться равнодушными к таким людям, так как никто не защищен от этой патологии и это может случиться с каждым.

Список литературы:

1. – Действующий сайт: http://psihologionlain-sosbb-ru.narod2.ru/index/0-16 (дата обращения: 09.10.2016г)

2. – http://www.nazdor.ru/topics/medicine/western/current/458327/ (дата обращения: 09.10.2016г)

3. –http://www.medkrug.ru/community/show_thread/86?thread=62311 (дата обращения: 09.10.2016г)

4. – [4] http://www.pclever.ru/goncs-926-1.html (дата обращения: 09.10.2016г)

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ, ПЕРЕЖИВШИМ РАЗВОД РОДИТЕЛЕЙ

Комарова Юлия Юрьевна
ФГБОУ ВО «ВГУ», г. Воронеж, Россия

Ключевые слова: развод, депрессия у детей.

Согласно данным статистики, в России расторгается каждый второй зарегистрированный брак. Причин, по которым супруги подают на развод, на сегодняшний день большое множество: это и нестабильная экономическая ситуация вкупе с неудовлетворенностью своим материальным положением, и несовместимость характеров, и неверность. Однако какой бы серьезной ни была причина, развод крайне редко является положительным событием и протекает безболезненно для всех членов семьи. Напротив, он оказывает крайне сильное влияние на психологическое состояние семьи, и более всего травмированы бракоразводным процессом оказываются дети. Именно этим обусловлена необходимость обсуждения и разработки проблем, связанных с психологической реабилитацией детей после распада семьи.

Наиболее частой проблемой, встречающейся у детей, переживших развод родителей, является депрессия. Депрессия – это аффективное состояние, характеризующееся отрицательным эмоциональным фоном, изменением мотивационной сферы, когнитивных представлений и общей пассивностью поведения человека. Депрессия у ребенка всегда "маскирована": это и тревожность, и школьная неуспеваемость, и нарушения отношений со сверстниками, и беспокойство за свое здоровье, и страх за близких. Именно "маскированность", атипичность является наиболее характерной чертой детской депрессии [1], [2].

У детей до 3-х лет депрессия случается в том случае, если ребенок оторван от матери, перестал быть средоточием всех ее интересов, либо мать вроде бы и рядом с малышом, но в силу собственных душевных проблем не может уделить ему достаточно тепла. Поэтому у младенцев с большей вероятностью может развиться депрессия, когда мать сама длительно находится в подавленном состоянии. Именно это и происходит в процессе развода: родители, в том числе и мать, концентрируют внимание на своих супружеских отношениях, а не на ребенке, они нервозны и разочарованы. Таким образом, если ребенок беспокойно спит, обострился диатез, после еды бывает тошнота, плач стал ноющим, часто болит живот, стал чаще простужаться, а также убавил в весе, начал сосать палец или раскачиваться – необходима квалифицированная помощь [3].

Важно отметить, что депрессия в раннем детстве – самая маскированная, малозаметная, но в то же время самая опасная, так как может вызвать задержку психического развития ребенка.

У дошкольников 4-6-ти лет депрессия проявляется следующим образом. По утрам ребенок вял, а перед сном, наоборот, слишком подвижен, не может успокоиться, часто жалуется на нездоровье: на сердцебиение, головокружение, тошноту, слабость, нарушение сна. Различные боли в сочетании с вялостью, изменением внешнего облика ребенка создают картину тяжелого физического недуга, который, однако, врачами не обнаруживается. Эти недомогания могут быть либо крайне разнообразными, часто сменяющими друг друга, либо, напротив, монотонными, ограниченными одной постоянной жалобой. Наиболее частыми у детей дошкольного возраста бывают жалобы на боли в животе. Зачастую дети уверены в неизлечимом заболевании. У многих детей ярко выражено проявление тревоги и страха, нарастающее, как правило, в вечернее и ночное время. Неопределенная, беспредметная тревога кратковременна и быстро переходит в конкретный страх: остаться одному, потерять маму. Возникает у

ребенка и страх за себя, свое будущее. Высшей степенью тревожности становится общий беспредметный страх, когда все окружающее таит угрозу и представляет опасность. Возможны и так называемые панические расстройства: приступы сердцебиения, болей в области сердца, головокружения, тошноты, озноб, частое дыхание, сопровождаемые выраженным чувством страха смерти, боязнью замкнутого пространства. В этом возрасте риск возникновения депрессии по причине распада семьи наиболее высок, так как на данном возрастном этапе самым важным для детей является общение с близкими взрослыми. И когда ребенок не получает достаточно внимания в семье, когда один из родителей уходит, ребенок чувствует себя покинутым, брошенным, что и провоцирует депрессию [2].

У младших школьников 7-11 лет депрессия будет проявляться в виде «лени» и «плохого поведения», а также резкого снижения успеваемости. При этом нарастает отвлекаемость, снижается память, ребенок утром сонлив, а вечером долго не засыпает, ест много сладкого и подолгу играет в компьютерные игры. Может жаловаться на головные боли и боли в животе. Возможет и другой вариант: изначально добрый и послушный ребенок резко становится злым и грубым, нарушает дисциплину. При этом не исключается и ранняя тяга к алкоголю и курению. В этом возрасте более заметны замкнутость, безразличие, потеря интереса к играм, школьным занятиям, тоскливое настроение. Дети жалуются на то, что им скучно, ничего не интересно, невыносимо. Кстати, жалоба на "скуку", означающая снижение интереса к окружающей жизни, - один из самых частых признаков детских депрессий. При этом отмечаются повышенная слезливость или постоянная готовность к плачу, выраженные тем больше, чем моложе ребенок. Отмечаются также повышенная чувствительность, жалостливость. Всякое замечание, недовольство родителей заставляют ребенка сомневаться в их любви, провоцируют приступы двигательного беспокойства с кри-

ком, плачем, нелепыми угрозами и поступками, вплоть до демонстративных попыток самоубийства [2].

Зачастую развод сопровождается сменой места жительства ребенка и родителя, оставшегося с ним. Соответственно, ребенку приходится менять и школу, что в данный возрастной период может многократно усилить депрессию и повлечет за собой школьную дезадаптацию. Она, как правило, нарастает постепенно, проявляясь в трудностях осмысления и запоминания учебного материала. Считают, что учителя их недолюбливают, сверстники презирают, стремятся обидеть, смеются над их плохой успеваемостью, что они неинтересны, неприятны. Появляется и несвойственная ребенку медлительность, неловкость. В связи с этим может образоваться своего рода «школьная фобия»: ребенок боится одноклассников, боится не справиться с заданиями и даже попросту не может переступить порог школы. Поэтому наиболее предпочтительным для ребенка остается обучение в собственном классе. При многолетнем совместном обучении сверстники, как правило, не только не обижают и не унижают одноклассника, но обычно опекают и защищают его [3].

Таким образом, невнимательное отношение со стороны родителей к симптомам депрессии может привести к отставанию в развитии ребенка, увеличению вероятности нервных срывов, развитию неврозов и проявлению суицидальных наклонностей.

Первым условием грамотной помощи детям, страдающим депрессией, является своевременная квалификация и диагностика расстройства. Вторым необходимым условием является, конечно, готовность родителей независимо от их взаимоотношений сделать все от них зависящее для преодоления ребенком данного тягостного состояния.

Для лечения депрессии у ребенка до 3-х лет необходимо, чтобы мать проводила с ним как можно больше времени: с ребенком нужно разговаривать, иг-

рать, стараться вызвать у него улыбку и проявления активности. В случае же, когда депрессия приняла затяжной характер и привела к отставанию в развитии, уже не обойтись без помощи медицинского и психолого-коррекционного характера, так как дети оказываются неразвиты и в сфере социальных навыков, и в физическом плане.

В случае появления депрессии у дошкольника необходим следующий комплекс мер. Во-первых, родителям необходимо поговорить с ребенком о причинах развода и убедить его, что они оба его по-прежнему любят, и в данной ситуации нет его вины. Во-вторых, безусловно, и матери, и ребенку необходима консультация психотерапевта. Матери он поможет справиться со стрессовой ситуацией развода, что приведет к гармонизации отношений теперь уже в новой семье из двух человек, а ребенку – выразить накопившиеся негативные эмоции и тем самым избавить его от их соматизации в форме различных болей.

При лечении депрессии у детей младшего школьного возраста необходима не только семейная психотерапия, упомянутая ранее, но и наблюдение у психиатра при выраженной потере интереса к жизни, пассивности и особенно склонности к суициду. Психиатр вовремя диагностирует имеющиеся отклонения и окажет своевременную медико-психологическую помощь ребенку.

В любом случае, если неблагополучное, подавленное состояние затягивается больше, чем на две недели, стоит обратиться к психологу или психиатру. За видимой очевидностью такого состояния может скрываться болезненное состояние, для выхода из которого необходима медикаментозная помощь.

Главным же элементом, как процесса лечения детской депрессии, так и профилактики данного расстройства является гармония в семье – неважно при этом, каков её количественный состав – и внимательное отношение к ребенку, к его потребностям и проблемам. Доверительное теплое общение в семье ста-

нет необходимым фундаментом выздоровления ребенка и его успешного развития.

Список литературы:

1. *Андреева Т. В. Семейная психология: Учеб. пособие. / Т. В. Андреева. - СПб.: Речь, 2004. — 244 с.*

2. *Иовчук Н. М., Северный А. А. Депрессия у детей и подростков / Н. М. Иовчук. – М.: Школа-пресс, 1999. – 80 с.*

3. *Шапошникова А .Ф. Детская депрессия таится под маской / А. Ф. Шапошникова // Аутизм и нарушения развития. 2011. № 2. С. 44–48.*

БАЗИСНЫЕ УБЕЖДЕНИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ГОТОВНОСТЬ К МАТЕРИНСТВУ У БЕРЕМЕННЫХ И НЕБЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Коробова Наталья Сергеевна
ФГБОУ ВО ЧелГУ, г. Челябинск, Россия

Ключевые слова: беременные женщины; психологическая готовность к материнству; базисные убеждения.

Актуальность данного исследования обусловлена острыми демографическими проблемами низкой рождаемости и широкой распространенности девиантного материнства. Важным условием продуктивного материнского поведения является психологическая готовность к материнству, которая проявляется в способности женщины находить личностный смысл в роли матери, адекватное отношение к родам и физиологическим проявлениям нормальной родовой деятельности и готовность к сотрудничеству с медицинскими работниками, участвующими в родовспоможении. Психологическая готовность к материнству во многом определяет характер протекания беременности и родов и отношения привязанности матери и младенца [1].

На психологическую готовность к материнству могут влиять личностные особенности женщины, история ее жизни, адаптация к супружеству, модель материнства ее матери и взаимоотношения с ней, культурные, социальные и семейные факторы, физическое и психическое здоровье [3]. Среди внутренних свойства женщины, во многом определяющих становление материнской сферы, важное место занимает здоровое чувство безопасности [3].

По мнению Р. Янофф-Бульман, здоровое чувство безопасности, являющееся одним из базовых ощущений нормального человека, основано на трех категориях базисных убеждений, составляющих ядро субъективного мира человека: 1) на вере в то, что в мире больше добра, чем зла; 2) на убеждении в том, что мир полон смысла; 3) на убеждении в ценности собственного «Я» [4]. Лица с негативными базисными убеждениями, отражающими враждебность внешнего мира и негативный образ своего Я, склонны реагировать негативными эмоциями в ситуациях, не несущих объективной угрозы [4], менее успешны в совладании со стрессом [2] и склонны к соматизации [5].

Учитывая вышеизложенное, мы предполагаем, что важным условием формирования у женщины психологической готовности к материнству является зрелость ее системы базисных убеждений. Критериями зрелости системы базисных убеждений считаются умеренно выраженные показатели чувства базисного доверия к окружающему миру, убеждения в собственной способности контролировать события своей жизни, а также представления о собственном Я как достойном заботы и внимания и представляющем ценность для окружающего мира. Тогда как негативные базисные убеждения (о недоброжелательности и несправедливости мира, о непредсказуемости происходящих в нем событий, а также о собственном Я как недостойном заботы и малоценном для окружающего мира) будут негативно влиять на психологическую готовность женщины к материнству.

Цель исследования – изучить особенности психологической готовности к материнству и базисные убеждения у беременных и небеременных женщин.

В исследовании приняли участие 30 беременных женщин в возрасте 20-42 лет (в том числе 14 первородящих и 16 повторнородящих) и 30 небеременных женщин без детей, планирующих деторождение, в возрасте 20-38 лет.

В исследовании применялись «Цветовой тест отношений» А.М. Эткинда

и «Родительское сочинение “Я и мой будущий ребенок”», «Шкала базисных убеждений» Р. Янофф-Бульман (адаптация М.А. Падун и А.В. Котельниковой), опросник «Сознательное родительство» М.О. Ермихиной и Р.В. Овчаровой. Для математико-статистического анализа применялись критерий Манна-Уитни и двухфакторный ANOVA с апостериорным критерием Шеффе.

Согласно результатам методики «Сознательное родительство», показатели осознанности родительства в группе небеременных женщин соответствует среднему уровню, в группах беременных женщин – высокому уровню. По данным критерия Манна-Уитни, показатели осознанности родительства у небеременных женщин значимо ниже, чем у беременных (для всех $p \leq 0,01$). В двух группах беременных эти показатели значимо не различаются.

По данным методики «ЦТО», у небеременных женщин в целом – средний уровень эмоционального принятия будущего ребенка, у беременных женщин обеих групп – высокий уровень. По данным U-критерия, у небеременных женщин показатели эмоционального принятия ребенка значимо ниже, чем у беременных (для всех $p \leq 0,01$). По данным методики «Родительское сочинение», показатели положительного эмоционального отношения к материнству во всех исследуемых группах выражены умеренно, при этом у небеременных женщин они значимо ниже, чем в группе беременных повторнородящих женщин (при $p \leq 0,05$). Показатели родительской рефлексивности во всех исследуемых группах женщин выражены умеренно и значимо не различаются.

Показатели всех базисных убеждений в трех группах соответствуют среднему уровню. По данным критерия Манна-Уитни, у небеременных женщин показатели базисных убеждений в ценности своего Я для мира значимо ниже, чем у первородящих ($p \leq 0,05$) и повторнородящих беременных женщин ($p \leq 0,01$). Показатели базисного убеждения в своей удачливости у небеременных значимо ниже, чем у беременных повторнородящих ($p \leq 0,01$).

Результаты двухфакторного ANOVA показали следующее.

На показатели психологической готовности к материнству у испытуемых оказывают статистически значимые влияния как имеющийся у них опыт беременности и материнства, так и уровень базисных убеждений в доброжелательности окружающего мира и в его справедливости. Но для отдельных параметров психологической готовности к материнству эти влияния проявляются по-разному. Так, наличие опыта беременности и родов оказывают значимое влияние на осознанность родительской позиции ($p \leq 0,01$), осознанность родительских установок и ожиданий ($p \leq 0,01$), осознанность родительского отношения ($p \leq 0,01$), эмоциональное принятие собственного ребенка ($p \leq 0,01$) и родительскую рефлексивность ($p \leq 0,05$). Фактор базисных убеждений в доброжелательности окружающего мира и в его справедливости не оказывает статистически значимого влияния на эти параметры психологической готовности к материнству. Осознанность семейных ценностей у обследованных женщин зависит от уровня базисного убеждения в доброжелательности окружающего мира (для всех $p \leq 0,05$), а осознанность родительских чувств – от уровня базисного убеждения в доброжелательности мира ($p \leq 0,05$) и в его справедливости ($p \leq 0,01$), тогда как наличие опыта беременности и родов не оказывает на них значимого влияния.

На следующие параметры психологической готовности к материнству оказывают значимое влияние как имеющийся опыт беременности и родов, так и уровень базисного убеждения в доброжелательности и справедливости мира: осознанность родительской ответственности ($p \leq 0,05$ для опыта беременности и родов; $p \leq 0,01$ для базисного убеждения); осознанность стиля семейного воспитания и осознанность родительства ($p \leq 0,01$ для всех).

Согласно результатам критерия Шеффе, у испытуемых с низким уровнем базисного убеждения в доброжелательности мира в сравнении с испытуемыми

с высоким уровнем достоверно снижены показатели осознанности родительских чувств (p≤0,01), осознанности семейных ценностей (p≤0,01), осознанности стиля семейного воспитания (p≤0,01), осознанности родительской ответственности (p≤0,01) и осознанности родительства в целом (p≤0,01). У испытуемых с низким уровнем базисного убеждения в доброжелательности окружающего мира в сравнении с испытуемыми со средним уровнем указанного базисного убеждения достоверно снижены показатели осознанности стиля семейного воспитания (p≤0,01) и осознанности родительства в целом (p≤0,01). У испытуемых с низким уровнем базисного убеждения в справедливости окружающего мира в сравнении с испытуемыми со средним и с высоким уровнями данного убеждения достоверно снижены показатели осознанности родительских чувств (p≤0,01), осознанности стиля семейного воспитания (p≤0,01) и осознанности родительства в целом (p≤0,01).

Показатели базисных убеждений в ценности своего Я для мира, в своей удачливости и в способности контролировать события своей жизни, по результатам ANOVA, не оказывают статистически значимого влияния на исследуемые показатели психологической готовности к материнству.

Итак, результаты исследования показали, что на психологическую готовность к материнству оказывают статистически значимые влияния как имеющийся опыт беременности и материнства, так и уровень базисных убеждений в доброжелательности окружающего мира и в его справедливости. Среди обследованных женщин наиболее высокими показателями психологической готовности к материнству отличаются те женщины, у которых имеющийся опыт беременности и родов сочетается с высоким уровнем здорового чувства безопасности, а наиболее низкими показателями психологической готовности к материнству отличаются те женщины, у которых отсутствие опыта беременности и ро-

дов сочетается с базисными убеждениями в недоброжелательности и несправедливости окружающего мира.

Список литературы

1. *Мещерякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству / С.Ю. Мещерякова // Вопросы психологии. 2000. № 5. С. 18–27.*

2. *Падун М.А. Особенности базисных убеждений у лиц, переживших травматический стресс: Автореф. дис. ... канд. психол. наук / М.А. Падун. М., 2003. 24 с.*

3. *Филиппова Г.Г. Психология материнства / Г.Г. Филиппова. М.: Институт психологии РАН, 2002. 236 с.*

4. *Janoff-Bulman, R. Schema-change perspectives on posttraumatic growth // Handbook of Posttraumatic Growth. London: Lawrence Erlbaum, 2006. P. 81–99.*

5. *Рагозинская В.Г. Нарушение базисных убеждений как фактор негативной аффективности у пациентов с болезнью Грейвса / В.Г. Рагозинская // Медицинская психология в России. 2015. № 2(31). С. 9.*

ВЫЯВЛЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА ГЕСТАЦИОННОЙ ДОМИНАНТЫ У ЖЕНЩИН С СОХРАННОЙ И НАРУШЕННОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИЕЙ

Королькова Елизавета Романовна

ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, г. Ярославль, Россия

Ключевые слова: доминанта, психологический компонент гестационной доминанты.

В последнее время стало актуальным изучение психологических особенностей женщин с сохранной и нарушенной репродуктивной функцией. Неспособность реализовать материнский потенциал является тяжелым состоянием, которое нарушает социальную и психологическую адаптацию человека и влияет на его здоровье и качество жизни. Бесплодие является одной из важных и значимых проблем нашего времени. Доминанта, которая возникает у женщины с момента оплодотворения, является основополагающейеё поведения в целом, её внутреннего состояния, и может являться причиной нарушения психического здоровья, внутриличностных и межличностных отношений.

Психологический компонент гестационной доминанты – это совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся у женщины при возникновении беременности, направленных на сохранение гестации и создание условий для развития будущего ребенка, формирующих отношение женщины к своей беременности, ее поведенческие стереотипы.

Цель нашей работы: исследовать особенности психологического компонента гестационной доминанты у женщин с сохранной и нарушенной репродуктивной функцией.

Гипотезы исследования:

1) женщины с сохранной репродуктивной функцией имеют оптимальный тип ПКГД;

2) женщины с нарушенной репродуктивной функцией имеют тревожный или депрессивный тип ПКГД.

Актуальность исследования.На формирование гестационной доминанты у женщин влияют не только физические изменения в её организме и психическое состояние , но и общество и принятые в нём стереотипы.

Для реализации поставленной цели и выдвинутых гипотез был подобран комплекс методов и методик:

1. клиническая беседа в форме полуструктурированного интервью;

2. методика «Тест отношений беременной» (И.В.Добряков)

3. проективная методика «Моя мама, я и мой ребенок» (И.А.Золотова).

Выборка исследования.В исследовании участвовало 30 женщин с сохранной репродуктивной функцией в возрасте от 20 до 40 лет. Средний возраст — 27,5 лет. Срок гестации 38-40 недель. Исследование проводилось в среднем на 3-4 день после родов, на базе ГБУЗ Ярославской области «Областной перинатальный центр».

Результаты исследования.

Результаты исследования методикой ТОБ. Женщинам был предложен тест, состоящий из утверждений, отражающих отношение к себе беременной, отношение в системе «мать-дитя», отношение к отношениям к ней окружающих. Были получены следующие результаты.

Опираясь на полученные результаты, можно сделать вывод о том, что у женщины в период беременности и послеродовой период гестационная доминанта не имеет определенного типа, она варьируется между несколькими типами. В основном в каждом блоке утверждений определяется один тип ПКГД, но

в общем по всем блокам мы можем только говорить о преобладании какого-то типа, но не о его преимуществе в целом у женщины . Чтобы делать конкретные выводы о выборе того или иного утверждения необходимо учитывать запланированность беременности, семейное положение и возраст.

Результаты исследования методикой «Моя мама, я и мой ребенок». Женщинам предлагалось нарисовать на листе форматом А4 рисунок на тему «Моя мама, я и мой ребенок».

Интересующие нас параметры, заданные для интерпретации рисунка, мы обработали с помощью контент-анализа.

На всех рисунках присутствуют и сама женщина и её мать. Следовательно, можно говорить о том, что у всех опрошенных женщин имеется эмоциональная связь с собственной матерью, но выражена она в разной степени.

Отсутствие на рисунке новорожденного говорит о том, что женщина не считает рождение ребенка главной ценностью в своей жизни. Она морально и эмоционально не готова к его появлению.

На конфликт с ситуацией материнства указывают: схематичное изображение фигур и изображение себя как матери и ребенка посредством символов. Это говорит о наличии проблем в межличностных отношениях и в формировании материнской сферы в онтогенезе.

Нарушение половой и возрастной идентификации на рисунках указывает на непринятие роли матери, нарушение материнской сферы в онтогенезе.

Показательно также изображение себя как матери, собственной матери и новорожденного небольших (чаще всего почти одинаковых) размеров, в уголочке листа, прерывистыми, нечеткими линиями, что отражает низкую самооценку, неуверенность в себе, тревожность. Частота встречаемости таких рисунков — 22%.

48% женщин отражают возраст ребенка, не соответствующий периоду новорожденности, что говорит о неподготовленности женщин на когнитивном уровне к появлению новорожденного; отсутствие возрастной идентификации ребенка говорит о неготовности принятия новорожденного.

Удаление на расстояние ребенка от себя как матери говорит о проявлении отрицательного отношения к ребенку. Дистанцию между собой и ребенком продемонстрировали 15% женщин.

Изображение ребенка на руках у себя — матери свидетельствует о благоприятной ситуации материнства, формировании положительного отношения к новорожденному, но его демонстрируют лишь 19% женщин.

Изображение новорожденного на руках собственной матери можно интерпретировать как бессознательное освобождение себя от «уз материнства» с помощью символического перемещения ребенка на руки собственной матери.

Идентификация себя с новорожденным, символическое перемещение на руки собственной матери можно интерпретировать как отсутствие осознаия, что на них лежит ответственность не только за собственную жизнь, но теперь и за жизнь своего ребенка, следовательно, они не готовы принять новую социальную роль — «мама».

15% женщин изображают на рисунке большое количество дополнительных предметов (солнце, облака, дом, лодка и т. д.), которые больше по сравнению с фигурами людей и покрывают практически весь лист. Это свидетельствует об отвлеченности от ситуации материнства, повышенной тревожности, связанной с внешним миром.

Основная часть рисунков женщин характеризуется однообразностью и схематичностью.

На данном этапе работы мы можем сделать выводы только по изучению особенностей психологического компонента гестационной доминанты у жен-

щин с сохранной репродуктивной функцией. Из поставленных нами задач, мы выполнили одну — определили выраженность типов ПКГД у женщин с сохранной репродуктивной функцией. Наша гипотеза о том, что женщины с сохранной репродуктивной функцией имеют оптимальный тип ПКГД не подтвердилась. Проективная методика позволяет сделать вывод о наличии проблем в сфере онтогенеза материнства и принятии роли матери. Из данного исследования мы сделали следующие выводы:

1. женщины с сохранной репродуктивной функцией не имеют одного преимущественно выраженного типа ПКГД

2. у женщин с сохранной репродуктивной функцией имеются существенные различия в формировании отношения к новорожденному и к себе как к матери

3. нарушение поло-ролевой идентификации и негативное отношение к системе «мать-дитя» зависит от внешних факторов и влияния окружения.

Необходимо отметить, что у женщин с сохранной репродуктивной функцией присутствуют нарушения в сфере онтогенеза материнства, которые необходимо выявлять и корректировать на ранних стадиях беременности, чтобы у женщины формировался наиболее благоприятный тип ПКГД.

Следующий этап нашей работы будет направлен на выявление особенностей ПКГД у женщин с нарушенной репродуктивной функцией и на сравнение ПКГД у женщин с сохранной и нарушенной репродуктивной функцией.

Список литературы:

1. Ухтомский А.А. Доминанта/ А. А.Ухтомский. – М.; Л.: Наука, 1966. – 273 с.

2. Медицинская энциклопедия: справочная информация по медицине, 2016 г. [Электронный ресурс]: URL:http://medencped.ru

3. Аршавский И.А. Роль гестационной доминанты в качестве фактора, определяющее гонормальное или уклоняющееся от нормы развитие зародыша / Под ред. Ф. А. Сыроватко //Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. – М., 1957. – С. 320–333.

ВЫЯВЛЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И СИТУАЦИИ МАТЕРИНСТВА У МАТЕРЕЙ МАЛОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ

Коротаева Наталья Владимировна, Ипполитова Людмила Ивановна, Черномазова Елена Александровна, Жидяева Анна Леонидовна, Першина Елена Сергеевна

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница №1. Перинатальный центр»

Ключевые слова: неонатология, психология, психотерапия, тревожность, недоношенные, новорожденные.

Психология материнства — одна из наиболее сложных и мало разработанных областей современной науки. Актуальность целостного психологического подхода к изучению материнства подкрепляется тем, что, несмотря на современные достижения в области медицины, физиологии, гинекологии и акушерства, повышении научного и технического уровня родовспоможения и неонатальных практик, психологические проблемы материнства и раннего детства не уменьшаются [3,4]. Выявлено, что дети от матерей, страдающих послеродовой депрессией, попадают в группу высокого риска по развитию эмоционально-поведенческих отклонений и задержек развития, психических нарушений в сфере общения и психологических проблем в подростковом возрасте [2,3,4]. Необходимость изучения психологии материнства и подготовки специалистов в этой области обусловлена также бурным развитием такой отрасли психологической практики, как психологическая помощь матери и ребенку

(коррекция развития ребенка и материнско-детского взаимодействия), включая младенчество и перинатальный период [1,4].

Цель исследования: изучение особенностей проявления тревожности и депрессии женщин в период раннего материнства, определение индивидуальной схемы преодоления стресса и выявление особенностей переживания беременности и ситуации материнства.

Материалы и методы исследования:

В качестве экспериментальных методов использовались следующие диагностические средства: методика диагностики тревожности Ч.Д. Спилберга – Ю.Л.Ханина, шкала депрессии Бека, копинг- поведение в стрессовых ситауациях – С.Норман, Д.Ф.Эндлер, Д.А. Ждеймс, М.И. Паркер адаптированный вариант Т.А.Крюковой, рисуночный тест « Я и мой ребёнок» - Г.Г. Филиппова[5,6,7]. В ходе работы было опрошено 124 матери: 1-ая группа - 62 матери, у которых дети имели нормальные весовые показатели при рождении (от 2500г), и 2-ая группа - 62 матерей с маловесных детей (менее 2500г). Анкетирование проводилось в перинатальном центре ВОКБ №1 в 2012-2013гг.

Результаты исследования:

При диагностике уровня тревожности матерей в 1-ой группе было выявлено:

- ситуативная тревожность матерей: 28 % матерей имеют низкий уровень тревожности, 57 % матерей имеют умеренный уровень тревожности, 15 % матерей имеют высокий уровень тревожности;
- личностная тревожность матерей: 12 % имеет низкий уровень тревожности, 65 % умеренный уровень тревожности, 23 % высокий уровень тревожности.

Результаты диагностики тревожности матерей во 2-ой группе:

- ситуативная тревожность матерей: 13 % матерей имеют низкий уровень тревожности, 53 % матерей имеют умеренный уровень тревожности, 34 % матерей имеют высокий уровень тревожности;
- личностная тревожность матерей: 22 % человека имеют низкий уровень тревожности, 66 % человек умеренный уровень тревожности, 12 % человека высокий уровень тревожности.

Сравнив результаты личностной и ситуативной тревожности между группами, мы пришли к выводу, что данные матерей 2 группы отличались резким повышением результатов ситуативной тревожности по сравнению с личностной в отличие от матерей 1 группы. Отсутствие депрессии у матерей, чьи дети имели нормальный вес при рождении, отмечалось у 68 %, лёгкая депрессия выявлялась у 21 % матерей, умеренная депрессия у 8 %, выраженная депрессия отмечалась у 3 % матерей. Матерей с тяжёлой депрессией не было выявлено. В результате оценки депрессии матерей маловесных детей, отсутствие депрессии отмечалось у 48 %, лёгкая депрессия была выявлена у 23 % матерей, умеренная у 16 %, выраженная у 11 %, тяжёлая депрессия определялась у 2 % матерей.

Во время оценки рисуночного теста « я и мой ребёнок», учитывалось: наличие на рисунке матери и ребенка; содержание образа ребенка и его возраст; наличие совместной деятельности матери с ребенком; психологическая дистанция; характеристика общего состояния (благополучное состояние, неуверенность в себе, тревожность, признаки конфликтности и враждебности, относящиеся к теме рисунка) по формальным признакам рисунка, принятым в психодиагностике (качество линии, расположение на листе, детали рисунков и т.д.). В 1 группе женщин благоприятная ситуация отмечалась у 26 % матерей,

незначительные симптомы тревоги, неуверенности, конфликтности у 23%, тревога и неуверенность в себе у 19 % мам, конфликт с ситуацией материнства были выявлены у 32 %. Во 2 группе благоприятная ситуация определя-

лась лишь у 5 % матерей, незначительные симптомы тревоги, неуверенности, конфликтности были отмечены у 32 % женщин, тревога и неуверенность в себе у 31 %, конфликт с ситуацией материнства был выявлен у 32 % матерей.

Для определения индивидуальной схемы преодоления стресса использовался адаптированный вариант теста «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» и включал перечень 48 вариантов реакций на стрессовые ситуации.

Варианты копингов:

Направленность к решению задач - активные действия по устранению источника стресса, планирование своих действий в отношении сложившейся проблемной ситуации, были выявлены у 65% матерей 1 группы и 52% 2 группы. Эмоциональное реагирование в проблемной ситуации было свойственно всего 5% женщин 1 группы и 11% второй. Избегание - отказ от разрешения ситуации, отрицание стрессового события отмечалось у 3% и 9% матерей соответственно. Отвлечение - психологическое отвлечение от источника стресса через развлечения, мечты, сон встречалось одинаково редко в обеих группах. Социальное отвлечение - поиск сочувствия и понимания, помощи, совета у своего социального окружения отмечалось у 25% женщин двух групп.

Выводы:

1. Высокая степень ситуативной тревожности отмечалась чаще у матерей второй группы;
2. Выявлена тенденция к снижению уровня ситуативной тревожности по сравнению с уровнем личностной тревожности в первой группе. Во второй группе напротив, отмечалось резкое повышение результатов ситуативной тревожности по сравнению с личностной;
3. Матери 2 группы наиболее подвержены депрессии по сравнению с матерями 1й группы;

4. По данным рисуночного теста «я и мой ребенок» выявлено, что лишь 26% матерей 1й группы и 5% матерей второй группы имели благоприятную ситуацию по поводу материнства. В свою очередь конфликт с ситуацией материнства имеют по 32% матерей первой и второй группы, что отличается от результатов оценки психологического состояния предыдущих тестов. Это вероятно связано с тем, что для испытуемой не всегда вполне понятно, каким образом эти рисунки могут быть использованы и какая информация может быть получена с их помощью. В свою очередь при использовании тестов-опросников есть определенная возможность влияния испытуемой на результаты тестирования в соответствии с одобряемыми характерологическими чертами личности.

5. Тест Копинг-стратегии показал, что большая часть женщин в обеих группах ориентирована на решение задач.

Анализ исследования выявил высокий процент женщин с неблагоприятным эмоциональным фоном. Необходимо динамическое наблюдение женщины на протяжении всего периода раннего материнства для своевременной психопрофилактики (а при надобности – психокоррекции и психотерапии).

Список литературы:

1. Быстрова К. С. Вместе или врозь после рождения: физиологические и психологические аспекты взаимодействия матери и ее новорожденного // Сборник материалов III Международного конгресса 30.05–02.06.2008. – СПб.: РАППМ, 2008.

2. Добряков И. В. Перинатальная психология.: Питер; СПб.; 2010. – 234с.

3. Коротаева Н.В. Психологический статус матерей маловесных детей / Коротаева Н.В., Ипполитова Л.И., Лобанова О.А., Черномазова Е.А., Пронина О.А.// Материалы VIII Ежегодного Конгресса специалистов перина-

тальной медицины «Современная перинатология: организация, технологии, качество» 23.09. -24.09. 2013. – Москва.

4. Филиппова Г. Г. Психология материнства: Учебное пособие.- М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. — 240 с.

5. Селенина Н.Н.Психологические особенности представлений беременных женщин о своем состоянии и будущем родительстве/Селина Н.Н.//Семья и личность, Армавир, 2015.-83-87с.

6. Шамилова Н.В. Психологические причины нарушения адаптации к беременности и материнству/ Шамилова Н.В.//Проблемы современного педагогического образования, Ялта, 2016.- 226-232с.

7. Денисова В.А. Материнство как социально-культурный феномен с позиции различных психологических направлений/Денисова В.А.//Гуманитарные исследования, Владивосток, 2012.-115-118с.

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА ЗДОРОВЬЯ В КОНТЕКСТЕ СКАЗКОТЕРАПИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ

Кудрявцева Ольга Васильевна
НИ ТГУ, г. Томск, России

Ключевые слова: профилактика психосоматических заболеваний, внутренняя картина здоровья, сказкотерапия, психокоррекция.

Для практического здравоохранения на сегодняшний день актуальна проблема психосоматических расстройств у детей. Встречаемость психосоматических заболеваний в детском и подростковом возрасте в России колеблется от 30 до 68% от числа всех детей и подростков, обращающихся в детские поликлиники [3].Значение психологических факторов в развитии и течении хронических неинфекционных заболеваний, а также необходимость раннего вмешательства и предотвращения нарушений здоровья, в том числе и патологизирующего влияния соматических заболеваний на психическое развитие и особенности социальной адаптации детей, обуславливают возникновение потребности в нахождении оптимальных путей психокоррекции и психопрофилактики психосоматических расстройств у данной возрастной категории.

Выявление ранних диагностических критериев неблагополучия в психосоматическом развитии ребенка и психологических предикторов сохранения, укрепления и восстановления здоровья является проблемным полем психологии здоровья. Одной из ведущих категорий данного направления психологической науки является внутренняя картина здоровья (ВКЗ), представляющая собой совокупность элементов (характеристик) здоровья и интимно связанных с ним содержательно-психологических, субъективно-оценочных моментов суще-

ствования, которые существенно зависят от возраста и уровня развития интеллекта. ВКЗ имеет четырехуровневую структуру, включающую в себя сенсорный, эмоционально-чувственный, когнитивный и мотивационный уровни.Семантическое пространство ВКЗ охватывает широкий класс явлений в континууме «здоровье-болезнь»,в рамках которого актуализируется процесс построения и реализации человеком образа жизни, а так же организации мер по восстановлению и укреплению здоровья[1].Для достижения и поддержания здоровья ребенку требуетсяпроявлять усилия и осознанную помощь врачам, особенно в ситуации, когда у него есть хроническое заболевание.Данные усилия возможны лишь в том случае, если у ребенка развито ценностное отношение к здоровью и мотивация к его поддержанию[5]. Более того,сформированная ВКЗ, наличие четких,дифференцированных представлений о здоровье и здоровом образе жизни, является не только психологическим ресурсом в ситуации болезни, но также повышает устойчивость ребенка к заболеваниям в целом [4].

Помимо хронических заболеваний, распространенной в жизни современных детей трудной ситуацией является развод родителей, а также психологически неблагополучная атмосфера в семье, для которой характерны коммуникативные дисфункции, высокие показатели родительской критики, проблемы с выражением эмоций, высокие ожидания, предъявляемые к детям и индуцирование тревоги, определяемые как семейные факторы психосоматических расстройств у детей [3]. Висследованиях отечественных авторов показано, что сформированность ВКЗ у ребенка связана с гармоничным типом воспитания, что свидетельствует о родительскомповедении как одном из определяющих факторовстановления у ребенка адекватной ВКЗ[6].Ребенок в дисгармоничной семье может не осознавать ценности здоровья и не знать адекватных способов его поддержания.

Таким образом, одним из приоритетных направлений психокоррекционной и психопрофилактической работы является содействие формированию адекватной ВКЗ у детей с психосоматическими заболеваниями. Учитывая возрастную категорию, экологичным, безопасным и эффективным методом воздействия можно рассматривать сказкотерапию.

Метод сказкотерапии получил популярность и широко используется в практике. Сказкотерапия позволяет избавлять детей от чувства тревожности, страха, изменять самоотношение, развивать творческое воображение, содействовать более успешной школьной адаптации детей [8]. Виды сказок в сказкотерапии можно разделить по их функциональному назначению:

- дидактические сказки, предназначенные для учебных целей;
- медитативные сказки, направленные на релаксацию, накопление положительного образного опыта, снятия психоэмоционального напряжения;
- психотерапевтические сказки, ориентированные на изменение взаимоотношений, раскрытие личностного потенциала;
- психокоррекционные сказки, создаваемые для мягкого изменения моделей поведения ребенка, корректировки тех или иных черт характера. Сказка – одна из наиболее доступных и понятных ребёнкуформ работы с его психикой, вводящей в особый, исключительный мир чувств, глубоких переживаний и эмоциональных открытий.Такие элементы сказки, как содержание, композиция и сюжет несут в себе большой педагогический и психотерапевтический потенциал, отмеченный многими зарубежными (Э. Берн, Э. Гарднер, А. Менегетти и М. Эриксон) и отечественными психологами (А.И. Захаров,Е.И. Синицына, И.В. Бачков, О.Н. Руданова, М.В. Осорина, Т. Д. Зинкевич-Евстигнеева, Т.Н. Щербакова, и др.).

В сказкотерапии реализуется процесс поиска смысла, расшифровки знаний о мире и системе взаимоотношений в нем, накапливается некий

символический «багаж» различных сценариев решения сложных жизненных ситуаций [7]. Мы полагаем, что этот символический «багаж», накопленных в сказочных ситуациях помогает ребенку формировать адекватную ВКЗ и моделировать поведение в отношении здоровья.Так, в арт-терапевтической работе создание рисунков, отражающих ВКЗ, тесно связано с реализацией защитно-адаптационных механизмов личности [2].

Преимущество создания сказок, отражающих ВКЗ, её сенсорный, эмоциональный, когнитивный и мотивационный уровни, на наш взгляд, заключается в том, что позволяет в увлекательной и психологически безопасной и в тоже время терапевтически эффективной форме способствовать стабилизации эмоционального состояния, укреплению веры в адаптацию и выздоровление, повышению степени личной ответственности за состояние своего здоровья у детей с психосоматическими расстройствами.Возможности сказкотерапии ВКЗ изучены недостаточно полно, в связи с этим важно исследовать новые возможности, дорабатывать приемы.

Список литературы:

1. *Каган В.Е. Внутренняя картина здоровья – термин или концепция? [Электронный ресурс]/ В.Е. Каган // Вопросы психологии. 1993. №1. Режим доступа: http://www.medpsy.ru/meds/meds241.php (дата обращения 1.10.2016г.).*

2. *Кожохина С.К. Внутренняя картина болезни и здоровья в рисунках детей с сахарным диабетом [Электронный ресурс] / С.К. Кожохина, А.И. Копытин // Медицинская психология в России: электрон.науч. журн. 2012. № 3 (14). Режим доступа: http://medpsy.ru (дата обращения: 10.09.2016г.).*

3. *Лифинцева А.А. Семейные факторы психосоматических расстройств/ А.А. Лифинцева, А.Б. Холмогорова // Консультативная психология и психотерапия. 2015. № 1 С.70-83.*

4. Некрасова Ю. Б. Групповая эмоционально-стрессовая психотерапия в коррекции психических состояний заикающихся /Ю.Б. Некрасова// Вопросы психологии. 1984. №2. С. 75-82.

5. Николаева Е.И. Внутренняя картина здоровья детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации / Е.И.Николаева, Г.В. Панчишко// Вестник психофизиологии. 2014. №1. С.57- 65.

6. Николаева, Е.И. Модель взаимосвязи внутренней картины здоровья ребенка с типом семейного воспитания [Электронный ресурс]/ Е.И. Николаева, В.С. Меренкова // Современные проблемы науки и образования. – 2015. № 12; Режим доступа: http://www.science-education.ru/127-20469 (дата обращения: 13.10.2016г.).

7. Самохвалова А.Г. Преодоление коммуникативных трудностей младших школьников средствами сказкотерапии / А.Г. Самохвалова // ПНиО. 2013. №4 С.200-213.

8. Чернега Т.В. Сказкотерапия в работе с детьми дошкольного возраста/ Т.В. Чернега // Эксперимент и инновации в школе. 2014. №2 С.56-59.

ОСОБЕННОСТИ ПРОСТРАНСТВЕННОГО ВОСПРИЯТИЯ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Курушкина Валерия Андреевна

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград, Россия

Ключевые слова: пространственное восприятие, экспериментально-психологическое исследование детей с ЗПР.

В настоящее время достигнуты большие успехи в клиническом и психолого-педагогическом изучении детей с ЗПР. Однако проблема воспитания и обучения детей данной категории является весьма острой и актуальной на сегодняшний день.

Нарушение пространственного восприятия детей с ЗПР относится к одной из основных причин трудностей в их обучении [2]. Но эти особенности развития детей данной категории недостаточно освещены в литературе, поэтому было решено провести исследование в рамках данной проблемы.

Эмпирическое исследование было проведено с целью изучения развития пространственного восприятия у детей с ЗПР младшего школьного возраста. Особое внимание уделялось таким компонентам пространственного восприятия, как зрительно-пространственная ориентация, зрительно-моторная координация и сомато-пространственный гнозис.

В эмпирическом исследовании принимали участие 33 ребенка (возраст 7-9 лет), из которых 13 детей с задержкой психического развития церебрально-органического характера (экспериментальная выборка), а 20 детей с нормальным психическим развитием (контрольная выборка).

В качестве используемых методик были выбраны следующие: методика «Речевой вариант пробы Хеда», тест Бендера, тест «Дорисуй фигуры» (методика Т.Н. Головиной) и проба на определение пространственных отношений между изображенными предметами.

Результаты статистической обработки с использованием t-критерия для независимых выборок (полученные с помощью программы IBMSPSS) показали, что различия между экспериментальной и контрольной группами являются статистически значимыми.В процессе анализа результатов выполнения заданий младшими школьниками с ЗПР (церебрально-органического генеза) и детьми с нормальным психическим развитием выявлены статистически достоверные различия ($p<0,05$) сомато-пространственного восприятия, зрительно-моторной координации и зрительно-пространственной ориентации.

Дети, не имеющие задержки психического развития, удовлетворительно справились с заданиями теста. Высокий уровень развития пространственного восприятия в контрольной группе в среднем у 34% испытуемых, 55% детей имеют средний уровень и приблизительно 11% испытуемых имеют низкий уровень. В экспериментальной группе детей с высоким уровнем развития пространственного восприятия нет, средний уровень показали около 17% детей, низкий уровень развития пространственного восприятия – около 71% испытуемых и очень низкий уровень – менее 12% .

Значительное отставание результатов детей с ЗПР от возрастной нормы может объясняться недостаточностью функций некоторых мозговых структур (в частности, височных, затылочных и теменных отделов коры), а также нарушением функционального объединения различных структур мозга [5].

Подводя итоги проведённого констатирующего эксперимента, можно выделить следующие особенности формирования сомато-пространственного восприятия, зрительно-пространственной ориентации и зрительно-моторной коор-

динации у детей 7 – 9 лет с задержкой психического развития (церебрально-органического характера):

1) необходимость более длительного промежутка времени для приёма и переработки сенсорной информации;

2) трудности ориентировки в направлениях пространства;

3) трудности при пространственном анализе и синтезе;

4) нарушение соотношений элементов (наличие лишних либо недостаточное количество элементов, несоблюдение пропорций и размеров);

5) недостаточный зрительный контроль над движениями;

6) неустойчивость зрительного образа.

Таким образом, можно утверждать, что у детей с ЗПР младшего школьного возраста нарушены такие компоненты пространственного восприятия, как зрительно-пространственная ориентация, зрительно-моторная координация и сомато-пространственный гнозис.

Дети с ЗПР младшего школьного возраста недостаточно активны и самостоятельны, при выполнении заданий им требуется дополнительная внешняя стимуляция и направляющая, обучающая помощь взрослого, которая при этом может восприниматься с трудом. В деятельности таких детей можно наблюдать недостаточно организованное поведение, трудности при формировании правильной траектории движений, неуклюжесть и малоподвижность [4].

Имеющиеся недостатки восприятия пространства у детей с ЗПР можно исправить методами психолого-педагогической коррекции. Выявление данных нарушений в дошкольном возрасте поможет скорректировать особенности пространственного восприятия и пространственных представлений, а также не допустить развитие расстройств письменной речи (дислексии и дисграфии) и нарушений счета, которые могут наблюдаться при ЗПР [6].

Пространственные функции являются составной частью и предпосылкой многих психических процессов, поэтому коррекционную работу по преодолению различных нарушений при ЗПР целесообразно начинать, прежде всего, с развития у детей элементарных ощущений отдельных свойств предметов и явлений, целостного восприятия этих явлений и предметов в пространстве. Далее следует переходить к формированию представлений о пространстве, начиная работу с развития понимания, а затем отражения в устной речи пространственных отношений [3].

Исходя из результатов экспериментального исследования, в ходе коррекционной работы с детьми с ЗПР необходимо решать задачи, направленные на: обучение ориентировке в схеме собственного тела; расширение точности и полноты зрительно-пространственного восприятия; формирование понимания и способностей к вербализации пространственных отношений между предметами; обучение ориентировке на плоскости; формирование навыков контроля над собственными движениями[1].

Без оказания своевременной психолого-педагогической помощи детям с ЗПР их дефекты становятся более выраженными, затрагивают все сферы психической деятельности, препятствуют социальной адаптации [7].

Список литературы:

1. Витчинкина, Т.А. Игра как средство подготовки детей с задержкой психического развития к овладению письменной речью / Т.А. Витчинкина // Педагогические науки. – М.: ООО «Спутник+». – №2. – 2012. – С.70-73.

2. Власова, Т.А., Лубовский, В.И., Цыпина, Н.А. Дети с задержкой психического развития / Под ред. Власовой Т. А., Лубовского В. И., Цыпиной Н. А. – М., Просвещение, 1984. – 194с.

3. Войтик, Т.Н. Анализ проблем ориентировки в пространстве детей с задержкой психического развития / Т.Н. Войтик // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. – М.: Научно-информационный издательский центр и редакция журнала "Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук" . – №10. – 2010. – С.252-255.

4. Войтик, Т.Н. Специфика ориентировке с схеме собственного тела дошкольников с задержкой психического развития / Т.Н. Войтик // Российский психологический журнал. – М.: "Кредо". – №4 том 7 . – 2010. – С.27-33.

5. Лебединский, В.В., Лебединская, К.С Нарушения психического развития в детском возрасте и подростковом возрасте: Учеб.пос. доя студентов вузов / В.В. Лебединский, К.С. Лебединская – М.: «Академический проект: Трикста», 2011. – 304с.

6. Лубовский, В.И., Розанова, Т.В., Солнцева, Л.И., и др. Специальная психология / Под ред. В. И. Лубовского. – 2-е изд., испр. – М.: Изд. центр Академия, 2005. – 464с.

7. Смирнов, А.Б. Развитие восприятия как компонента познавательной деятельности у детей с задержкой психического развития в период адаптации к школьному обучению / А.Б. Смирнов // Школьное образование и социальное взросление растущего человека: поиски перспективы: Материалы международной научно-практической конференции. – Н.Новгород,2006. – С.291-294.

ВОСПРИЯТИЕ ОБРАЗА ТЕЛА У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Лазарева Анастасия Дмитриевна

Шабуров Алексей Евгеньевич

ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург, Россия

Ключевые слова: образ тела, нарушения опорно-двигательного аппарата.

Люди, с какими либо физическими дефектами и изъянами, так же как и все, испытывают проблемы осознания и принятия своего тела, но эта категория людей больше остальных в силу своего заболевания, зависима от социальных норм и одобрения.

Целью данной работы является изучение восприятия образа тела у больных с нарушениями опорно – двигательного аппарата.

Объект исследования: Люди с нарушением ОДА.

Предмет исследования: Образ тела у людей с нарушением ОДА.

Образ тела — восприятие человеком эстетики и сексуальной привлекательности своего собственного тела. Понятие «образ тела» ввёл австрийский невролог и психоаналитик Пауль Шильдер[6].

А. Ш. Тхостов, рассматривает тело в одном ряду с организмом, как место обитания психического, но в теории психологии оно не разработано, объясняя это тем, что современная психология все еще делает акцент на интеллект [4].

Ф. Дольто говорит, что Образ тела не анатомическая данность как телесная схема[3]. Образ тела формируется в онтогенезе. Как было отмечено еще У. Джеймсом, его содержание зависит от социальных факторов[2].

В наше время на образ тела очень сильно влияет такой социально-культурный компонент как СМИ. В итоге, само тело «встраивается» в социальные нормы и с трудом расстается с ними, даже в ситуации угрозы саморазрушения (пластические операции, привычки к курению, стремление поддерживать неестественно низкую массу тела и т.п.).

Движение так же влияет на формирование образа тела. Как утверждала М. Чейс, на телесный образ оказывают влияние восприятие силы тяжести и телесные движения. Движение обеспечивает сенсорные стимулы. К тому же, движение тела имеет воздействие и на внутреннюю и на внешнюю окружающую среду. Например, твердое хождение по полу может пробудить чувства силы и уверенности[1].

На формирование образа тела влияют 4 компонента:

1. Общее удовлетворение телом.

2. Эмоциональная реакция на тело.

3. Знания и убеждения в отношении своего тела.

4. Поведение, связанное с телом (то как вы одеваетесь, как себя ведете, избегаете ли каких-то ситуаций, где нужно демонстрировать тело, или наоборот их ищите).

Согласно Т. Ф. Кэшу (Cash), для объективной оценки образа тела кроме физической составляющей и удовлетворенности той или иной частью тела и телом в целом, следует также учитывать такие критерии, как психологическая значимость, придаваемая индивидом своей внешности и влияние этой значимости на ощущение благополучия и способности к адаптации в повседневной жизни[5].

Люди с дефектами опорно-двигательного аппарата зачастую относятся к категории людей у который складывается «негативный образ тела» у которых имеется идеал телесного образа, который не может быть, достигнут что отрица-

тельно сказывается на их состоянии. Зачастую их тело вызывает у них чувство отвращения и неудовлетворённости, они испытывают злобу, страх, обиду.

В период с 4 декабря 2015 по 24 февраля 2016 года были проведены исследования восприятия образа тела у больных с дефектами опорно-двигательного аппарата. В исследовании приняли участие пациенты травматологического отделения Свердловской областной клинической больницы №1, а так же пациенты Российского научного центра «Восстановительной травматологии и ортопедии им. Г.А. Илизарова» общим количеством 21 человек (12 человек – женщины, 9 человек - мужчины)

Для исследования восприятия образа тела были использованы следующие методики:

1.Опросник SIBID (ситуативная неудовлетворенность образом тела).

2.Опросник представлений о внешности (ASI-R сокращенная версия).

3.Метод послеопросной беседы. Включает в себя ряд вопросов общего характера направленных на получение дополнительной информации для дальнейшего уточнения результатов проведенных методик.

Результате исследования были получены следующие данные. 57,2% опрощенных недовольных своим тело, подавляющее большинство которых являются женщины. Они чаще демонстрируют неудовлетворенность образом тела. Это вынуждает их избегать ситуаций, связанных, например, с необходимостью быть на виду. Женщины прилагают больше средств и усилий для того, чтобы выглядеть максимально хорошо, они испытают дискомфорт при покупке новой одежды и считают, что внешность, сильно влияет на их жизнь и социально значимые события в ней. Что ведет к уменьшению социальной активности, затруднению установления новых контактов и разладу в семейных отношениях. Для них характерно значительное расхождение представлений, связанных с

собственным обликом, и тем идеалом внешности, который у них есть; они также имеют большую массу тела.

Мужчины в свою очередь продемонстрировали в большинстве своем, частичную удовлетворенность своим телом либо нейтральное отношение. Так же при постопросной беседе было выяснено, что мужчины не придают большого значения своей внешности, не считают нужным жестко следить за своим весом, мало времени уделяют уходу за собой, так как считают это пустой тратой времени.

Опрошенные женщины считают, что их внешность оказывает сильное влияние на разные сферы их жизни, такие как карьера, взаимоотношения с противоположным полом, семья. Более того у некоторых наблюдается отвращение к своей внешности и обида на членов семьи.

Мужчины прошедшие данную методику, так же как и женщины показали достаточно высокий уровень эмоциональных переживаний по поводу своей внешности. На оснований опроса, было выявлено, что мужчины не считают, что их внешность оказывает какое-то значительное влияние на сферы их жизни, за исключением, взаимоотношений с противоположным полом.

Вместе с тем, данная категория людей, осознавая несовершенство собственного тела, в виду наличия каких либо видимых дефектов, стараются минимизировать социальную активность и пресекать формирование новых контактов, во избежание какого либо неодобрения или осуждения со стороны социума.

На основе всех проведенных исследований можно сделать некоторые выводы. Несмотря на то, что формирование тела заканчивается в пубертатном возрасте, постоянные изменения, которые происходят на протяжении жизни, объясняют важность таких изменений и их воздействие на образ тела. А изменения, произошедшие вопреки желания человека, повлекшие за собой видимые

негативные последствия для облика человека могут оказывать влияние на восприятие образа тела и спустя долгое время после пубертатного периода, а также приводить к нарушениям в восприятии собственного облика и вызывать снижение самооценки, вовлеченности в социальную активность, затруднение в установлении контактов и формированию комплекса неполноценности.

Исследования, представленные в работе демонстрируют, что восприятие образа собственного тела всегда накладывают отпечаток на эмоциональную сторону жизни человека. Это достаточно четко прослеживается при сопоставлении результатов методики SIBID и ASI-R (сокращенная версия) в особенности у мужской части исследуемых. Так при проведении методики на ситуативную неудовлетворенность образом тела продемонстрировали в большинстве своем, неудовлетворенность своим телом либо нейтральное отношение, но при этом методика представления о внешности показала высокий уровень эмоциональных переживаний по поводу своей внешности.

Таким образом, данное исследование хорошо показывает, что. У больных с нарушениями опорно - двигательного аппарата выявлены искажения в восприятии тела, осознание своего тела отличным от здоровых людей, что накладывает негативный отпечаток на их эмоциональную и социальную сферы жизни.

Список литературы:

1.Баранская Л.Т., С.С. Татаурова. Методика исследования образа тела. Екатеринбург Издательство Уральского университета 2011.

2.Джеймс У. Принципы психологии -1890

3.Дольто Ф. На стороне ребенка. - Петербург -XX1 век, 1997, - 527с.

4.Тхостов А.Ш. Психология телесности. - М.: Смысл, 2002 -50с.

5.Cash, T.F. The development and validation of the Body-Image Ideals Questionnaire // Journal of Personal Assessment. 1995. Vol. 64. P. 466-477.

6.Schilder, P. The image and appearance of the human body. Barnes & Noble, 1999.

ВЛИЯНИЕ АКТУАЛЬНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ РОДИТЕЛЕЙ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ РЕБЕНКА. АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Литвинова Евгения Владимировна, Шкирман Роза Сергеевна
Научный руководитель - Смирнова Светлана Викторовна
ФГБОУ ВО АмГУ, г.Благовещенск, Россия

Ключевые слова: психологическое здоровье, актуальные способности, психосоматическое расстройство.

Семья является главным институт формирования личности индивида. Ребенок сохраняет в течение всей последующей жизни то, что приобрел в детские годы в семье. Ни один из других институтов воспитания не может сравниться с семьей по длительности своего воздействия на личность. Психика детей характеризуется рядом особенностей. Следует подчеркнуть наиболее важные ее качества: впечатлительность, ранимость и хрупкость при неблагоприятных ситуациях, робость, стеснительность [1, 16 с.].

Проблема психологического здоровья ребенка привлекала и привлекает внимание многих исследователей: А.В. Брушлинский, Л.С. Выготский, Н.Г. Гаранян, И.В. Давыдова, В.В. Дубровина, А.Н. Леонтьев, Г.Н. Никифоров, В.Э. Пахальян, Ж. Пиаже, С.Л. Рубинштейн, А.Б. Холмогорова, О.В Хухлаева, Д.Б. Эльконин. Каждый из них выделяет различные факторы, влияющие на психологические здоровья ребенка, но все они приходят к мнению, что важным фактором являетсяродительское отношение. Оно включает в себя субъективно-оценочное, сознательно-избирательное представление о ребенке, которое опре-

деляет особенности родительского восприятия, способ общения с ребенком, характер приемов воздействия на него.

Влияние родителей на психологическоездоровье ребенка изучается, с начала XX века. Изучением влияния семейного воспитания на становление личности ребенка занимались как отечественные, так и зарубежные исследователи: М.И. Лисина, А.И. Захаров, Э. Берн, Р. Бернс, Д. Куперсмит, Д. Сирс. В ходе исследований и теоретических обоснований данного ряда авторов, было выявлено, что влияние семьи на личность может быть как положительным, так и отрицательным. Все зависит от типа семьи, от наличия или отсутствия в ней тех или иных условий, необходимых для правильного воспитания, и, бесспорно, от личности родителей. Выбираемое отношение к ребенку зависит от значения, которое родитель придает миру и самому себе, от его целей, направленности устремлений, а также от актуальных способностей, которые определяют наше поведение во взаимодействии с ребенком и играют важную роль в его психологическом здоровье[3, с. 67].

По мнению Н. Пезешкиана, актуальные способности – это поведенческие и социальные нормы, развитые у каждого человека в разной степени.По своему психологическому содержанию они подразделяются на первичные и вторичные способности, которые имеют свои крайности или полюса [2, с. 87].

В процессе воспитание родитель применяет актуальные способности в той степени и крайности в которой они развиты. И если какая-либо актуальная способность у него чрезмерно или плохо развита, она будет влиять на отношение к ребенку и способствовать ухудшению его психологического здоровья. Например, возьмем такую первичную актуальную способность как терпение, которое подразумевает под собой, по мнению Н. Пезешкиана, умение ждать, отсрочивать удовлетворение желаний, а также готовность предоставлять себе и другим время для формирования и развития различных способностей, несмотря

на сомнения и разочарования.

Представим, что у родителя плохо развито терпение, следовательно, он будет проявлять нетерпимость по отношению к ребенку, постоянно поторапливать, требовать быстрого выполнения действий. А если ребенок не может выполнить таких требований, родитель будет проявлять раздражение, агрессивность, гнев в отношении него. Это будет приводить к замкнутости, неуверенности, тревожности, чувство отчужденности от родителей. А также к развитию психосоматическихзаболеваний, таких как бронхиальная астма, формирующееся на основе отвержения родителем; заболевание желудочно-кишечного тракта (диарея), как неспособностью соответствовать требованиям родителей, заболевания горла (ангина), как невозможность выразить злость, обиду, гнев в отношении родителей.

Во время поступления в школу нетерпеливый родительзавышает требования к ребенку и стремится к тому, чтобы он добился быстрых результатов в учебе. И если еготребованиене осуществляется, появляется злость в отношении ребенка, обесценивание малейшего его успеха, либо просто родитель начинает делать все за него. А ребенок в это время чувствует свою вину, неполноценность и каждый раз, когда у него будет не получаться сразу, он будет разочаровываться в себе все больше и больше, что может привести к аутоагресии. Со временем будет формироваться нерешительности, низкая самооценки, недовольство собой и своими успехами, нетерпеливость, стремление ребенка соответствовать критериям окружающих. Он будет от себя требовать все больше и большеи разучится понимать границы своих возможностей. В результате каждая ошибка будет становиться не способом двигаться вперед, а катастрофой. Помимо этого, будут развиваться такие психосоматические заболевания, как язвенная болезнь (чувство вины перед родителями, за свою не успешность),

бронхит (переживание безысходности, невозможность выразить негативные эмоции открыто).

Прежде чем анализировать влияние на развитие ребенка такойвторичной актуальной способности родителя, как пунктуальность, следует отметить, что под пунктуальностью Н. Пезешкиан понимал особенную характеристику человека, которая обозначает крайнюю систематичность, следование правилам, особенно в отношении времени. Предположим, что у родителя актуальная способность пунктуальность развита до степени сверхпунктуальности. Родители все делают точно в срок, малейшее опоздание для них – это провал. Ребенок не успел подумать, чего хочет, как родитель уже выполнил это. Во время утренних сборов, дабы избежать опозданий, вместо того, чтобы позволить ребенку самостоятельно собраться, родители «помогают» ему, делая абсолютно все за него, лишая при этом ребенка самостоятельности. На фоне этого у детей появляется тревожность – «не успеть сделать что-то срок», сопровождающая его всю дальнейшую жизнь. Ребенок может просто не научиться ждать, как следствие, возможно появление недоверия к окружающим: все опаздывают, значит, обманывают. Имеется вероятность развития страха ожидания, проявление чего будут конфликты внутриличностные и межличностные. В свою очередь, родитель с недостаточно развитой пунктуальностью - непунктуальный, будет способствовать развитию у ребенка таких качеств, как хроническая непунктуальность – причина отсутствия доверия со стороны окружающих.

Как следствие, могут развиться психосоматические расстройства - способ самонаказания за сверхпунктуальность и непунктуальность. Одним из таких заболеваний могут быть кожные заболевания. Проявление проблем с кожей, свидетельствующих о нарушении контактов с миром. Могут возникнуть сердечно-сосудистые заболевании, в силу повышенной тревожности. Помимо этого, возможно появление расстройства ЖКТ, а именно: «медвежья болезнь»,

как средство защиты от контактов с внешним миром. Таким образом, актуальная способность пунктуальность, имеющая крайние проявления полюсов у родителей, может оказать влияние на психологическое здоровье ребенка и развитие у него психосоматических расстройств.

Таким образом, недостаточно развитые, либо гипертрофированные актуальные способности родителей, такие, как терпение и пунктуальность, ведут к дисгармоничному развитию личности ребенка, нарушению взаимодействия с окружающими людьми, снижению самооценки, неспособности понять и выразить свои потребности, к внутриличностному конфликту и неврозам,что способствует неблагоприятному психологическому здоровью ребенка и развитию психосоматических расстройств.

Восстановление психологического здоровья ребенка, прежде всего, зависит от родителей, следовательно, психологическая помощь ребенку осуществляется через психологическую помощь родителям, которая выполняется на основании двух целей. Первая заключается в терапии конфликтов, которые есть у самих родителей при воспитании ребенка, вторая в оптимизации детско-родительских отношений.

Непосредственное взаимодействие психолога при работе с ребенком осуществляется через дифференцированную коммуникацию, использующую метафоры, сказки, притчи и народные мудрости. Через них ребенок понимает некоторые моменты, происходящие с ним, мотивируется к совместной работе с родителями, активизируются его интуиция и творчество, как поиск альтернативных возможностей в решении трудностей. Значимая роль в психологической помощи ребенку отводится семейной терапии,которая строится на организации семейной группы, где восстанавливается зачастую утраченная связь между членами семьи.

Резюмируя вышесказанное, необходимо отметить, что причины психологических и психосоматических заболеваний в детстве часто следует искать в социальном окружении ребенка. Существует различные направления психологической помощи ребенку и все они в разной степени эффективны. При работе с психологическим здоровьем ребенка важным аспектом является выстраивание благоприятных детско-родительских отношений, что в свою очередь оказывает благоприятное воздействие на психологическое здоровье ребенка.

Список литературы:

1. Антропов Ю.Ф., Бельмер С.В. Соматизация психических расстройств в детском возрасте. - М., 2005.

2. Пезешкиан Н. Психотерапия повседневной жизни: тренинг разрешения конфликтов / Н. Пезешкиан. - СПб.: Речь, 2002. - 288 с.

3. Силяева Е.Г. Психология семейных отношений с основами семейного консультирования / Е.Г. Силяева. – М.: Академия, 2002. - 156 с.

ОБУЧЕНИЕ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ ТЕХНИКЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ БЕСЕДЫ И ОБЩЕНИЯ С БОЛЬНЫМИ

Лозовая Галина Федоровна, Демьянчук Светлана Витальевна
ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, г.Уфа, Россия

Ключевые слова: слово, общение, взаимопонимание врача и пациента, психологический контакт, психотерапевтические методы, психотерапевтическая коррекция.

Цель данной работы состоит в формировании готовности врача эффективно взаимодействовать с пациентом в процессе лечения. Для достижения поставленной цели необходимо выполнение следующих задач:

1. Владеть теоретическими аспектами средств общения

2. Представлять возрастные особенности общения

3. Владеть приемами активного слушания, эмпатии к пациенту

Актуальность темы. «Три основных орудия врача: слово, травы и нож» - говорил Авиценна. Современные врачи выбрали для себя нож и лекарственные средства (ЛС), если следовать этому высказыванию. Во времена Авиценны не было ЛС. ЛС - это достижение современной медицины.

Почему больной начав ходить в поликлинику, полностью не излечивается никогда. Почему его карта пухнет, болезни размножаются. Почему заболевания через некоторое время становятся хроническими и неизлечимыми? Причина в том, что врачи не обращают внимания на слова Авиценны. Они не могут помочь пациенту словом, не могут объяснить причины, которые привели пациента к врачу, и не могут подсказать, что делать, чтобы избавиться от причины.

Есть симптомы, есть определенный стандарт назначений. Врач обязан делать назначения по симптомам и по стандарту.

Слово обязательно, оно всегда помогает и понять ситуацию, и увидеть выход из нее. Слово дает возможность найти правильный путь помощи и побуждает к действию. Слово – это информация. Слово рождается в сознании, распространяется по воздуху, записывается в памяти и сохраняется в ней. Это важно для людей, чья профессия заключается в лечении Словом – врачам. Слово неразрывно связано с мыслью. Хорошо известно, что слово обладает великой силой. Оно может как пагубно воздействовать на человека, так и благотворно, и исцелить от неизлечимых заболеваний [1].

В современных условиях в обучение будущих врачей необходимо включать психотерапевтические методы общения с больными [4].

Фоносемантика – дословно переводиться, как смысл звука. В 1952 году американский психолог Ч. Осгуд разработал способ управления «музыкой слов», назвав его методом «семантических дифференциалов». В итоге сформировались 24 шкалы. К условиям русского языка этот метод был адаптирован в СССР еще в начале 70-х годов. До семидесятых годов в СССР врачам разрешалось проводить только два вида психотерапии – аутогенную тренировку и классический гипноз. Тексты разрабатывались "наверху", спускались врачам, и нельзя было отойти от этого текста. Врач – это человек лечащий, исцеляющий, восстанавливающий словом, поэтому необходимо говорить просто и доходчиво [2].

Академик Сытин Г.Н. начал заниматься исследованиями влияния слова на выздоровление больных начиная с 40х годов и выпустил статьи и книги с "Настроями", где он рекомендует врачам использовать тексты во всех областях медицинской практики. Г.Н. Сытиным был разработан научный метод составления собственных оригинальных лечебных текстов, оказывающих целенаправленное воздействие на организм: «все основано на строгой науке - на учении И.П. Павлова о

речи как второй сигнальной системе и ее связи с подсознанием человека, управляющим физиологическими процессами в организме. А раз такая связь есть, то с помощью СЛОВА можно оказывать целенаправленное воздействие на психику и при ее посредстве - на процессы, чтобы восстанавливать и усиливать функции внутренних органов, мобилизовывать саморегуляцию». Все настрои разные по содержанию и по тематике. Психотерапевтам известно шестнадцать типов голосовых режимов, из которых чаще всего ими используется шесть [4].

В 1975 году эриксоновский гипноз (ЭГ) стал одной из составных частей нейролингвистического программирования (НЛП), но до сих пор не утратил самостоятельной ценности. Техники ЭГ достаточно помехоустойчивы, при правильном применении действуют очень надежно [5, 7].

В современных условиях в обучение будущих врачей необходимо включать психотерапевтические методы общения с больными. На первое место в деятельности врача в качестве оставляющей эффективности лечения выдвигается проблема профессионального общения, необходимость эмпатического понимания и ряд других факторов, характеризующих в целом взаимопонимание врача и пациента [6].

Общение – специфическая форма взаимодействия человека с другими людьми как членами общества, в общении реализуются социальные отношения людей. Общение является многоуровневым, многомерным, обладающим разными свойствами, системным процессом. Общение изучают многие науки: философия, социология, педагогика, медицина, психология [8].

Психология обращения с больными людьми - общая дисциплина, распространяющаяся на деятельность врачей, суть которой составляют знания в области обращения и центром которой является умение подойти к пациенту, найти ключ к его личности, путь к созданию контакта с ним.

Умение слушать важно не только для *сбора информации* о пациенте, а также это возможность высказаться в ситуации безопасности, которую создает врач, уже сам по себе оказывает *психотерапевтический эффект* на пациента. В процессе беседы между врачом и пациентом формируется *атмосфера доверия,* которая очень важна для последующей его работы с больным. В процессе общения не только врач знакомится с пациентом, но и он лучше узнает врача. Чтобы пациент слушал врача, он сам должен быть выслушан [3].

В общении с пациентами врачу не стоит злоупотреблять медицинской терминологией, часто непонятной для пациента и пугающей его. Следует избавляться от слов-паразитов, обильных вводных предложений, применения излишних определений. Речь должна служить показателем его заинтересованности в судьбе пациента, показателем его профессиональной компетентности и культуры. В общении важны не только слова как таковые, но и мысли, чувства, передаваемые словами [2].

Установление психологического контакта с пациентом, повышение его доверия к медицинскому персоналу и к лечебному учреждению нужны для того, чтобы пациент:

- начал делать все от него зависящее, чтобы выздороветь;
- как можно скорее отказался от роли больного;
- сотрудничал с лечащим персоналом, выполняя все назначения врача.

У больных людей часто наблюдается депрессия, человек может замкнуться в себе, может начать вести себя агрессивно. Если врач замечает, что его отношения с пациентом развиваются неблагоприятно, то ему следует вести себя сдержанно, терпеливо, не поддаваться на провокацию, не провоцировать самому и не вымещать свое недовольство на других пациентах, принимать пациента таким, какой он есть [7].

Следует учитывать, что внутренний мир пожилого человека отличается от того, в котором живут многие молодые люди, что многие его оценки и привычки взяты из прошлого, он часто живет давно отжившими представлениями, а резкие перемены его пугают, ему трудно к ним приспособиться. Поэтому полезно знать привычки, предпочтения пожилого человека, создавать условия жизни, не пугающие его своей незнакомостью.

Предлагаемый алгоритм психотерапевтической коррекции позволит подготовить пациента к активному участию в лечебном процессе и позволит выбрать основной метод лечения и форму психокоррекции больного.

Процедура заключения психотерапевтического контакта может рассматриваться в качестве психотерапевтической техники начального этапа взаимодействия врача и пациента и имеет свое лечебное значение. В таблице 1 представлены факторы психотерапевтического контакта (ПК).

Таблица 1

Действующие факторы ПК

	Сферы действия терапевтических механизмов ПК:	Действующие факторы:
1	Когнитивная	• Получение пациентом информации о своей болезни и о предстоящем лечении; • Получение врачом информации о концепции болезни и (или) страдания, имеющейся у пациента; • Возможность коррекции внутренней картины болезни.
2	Эмоциональная	• Возникновение эмоционально теплого и тесного контакта между врачом и пациентом; • Эмоциональная поддержка;

		• Эмпатия (сопереживание).
3	Мотивационно - поведенческая	• Учет ожиданий пациента относительно взаимодействия с врачом и проводимого лечения; • Учет характера мотивации пациента; • Коррекция мотивации пациента; • Обсуждение и согласование с пациентом целей, задач и основных принципов предстоящей терапии

В общем виде это принятие на себя поведенческих обязательств и/или ограничений по отношению к планируемому процессу. Снижение уровня эмоционального напряжения у пациента в силу соответствия предлагаемого контекста медицинской модели помощи – непременный критерий успешности применения данного алгоритма.

Список литературы:

1. Формирование «Психотерапевтического контакта» в диаде «врач-пациент» в системе психотерапевтической помощи. Методические рекомендации С.–Петербург 2014, 23 стр

2. Творогова Н. Психологический контакт// Сестринское дело. №6-7, 1997, С.24-25

3. Биомедицинская этика: Учеб.пособие / Т.В.Мишаткина, Э.А.Фонотова, С.Д.Денисова, Я.С.Яскевич. – Мн.: ТетраСистемс, 2003.

4. Психология. – Выпуск 4. «Медицинская психология», рабочая тетрадь. – М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 2002.

5. Сидоров П. И. Клиническая психология: Учебник / П. И. Сидоров, А. В. Парняков. – 3-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 880 с.

6. Соловьёва С. Л. Медицинская психология: новейший справочник практического психолога / С. Л. Соловьёва. – М.: АСТ, 2007. – 575 с.

7. Ташлыков В. А. Психология лечебного процесса / В. А. Ташлыков. – Л.: Медицина, 1984. – 192 с.

8. Харди И. Врач, сестра, больной: Психология работы с больными / И. Харди, М. Алекса. – Будапешт: Изд-во АН Венгрии, 1988. – 338 с.

СТРАТЕГИИ ПСИХОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ ДО И ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СОЛИДНЫХ ОРГАНОВ

Максимова Ксения Владимировна, Измайлова Елена Владимировна
ФГБОУ УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург, Россия

Ключевые слова: трансплантация солидных органов, проблемно-ориентированная психотерапия, внутренняя картина болезни, тревожность, защитные механизмы.

На сегодняшний день в медицине все большую популярность и интерес набирает трансплантология. Все чаще пациентам трансплантируют органы. По данным ВОЗ число таких пациентов возрастает. Но, несмотря на необходимость пересадки органа, большинство пациентов все же остаются со своими страхами, мыслями и опасениями наедине, тем самым ухудшая свое физическое и психическое здоровье…

Прежде всего, следует выяснить, какая у пациента внутренняя картина болезни. Она формируется при любом, даже незначительном недомогании, и состоит из нескольких составляющих: чувственный, эмоциональный, когнитивный и мотивационный уровни. При этом ВКБ у каждого отдельно взятого пациента индивидуальна…

При исследовании пациентов выявлено, что предстоящая операция для них представляется жизненно важной, но при этом они испытывают страх, так же им свойственна тревожность. После операции у таких пациентов снижается адаптация, появляется эмоциональная нестабильность, возникают нарушения образа тела.

На наш взгляд, пациенты с трансплантируемыми органами нуждаются в психотерапевтической помощи, которая может позволить им подготовиться к операционному вмешательству, а также быстрее адаптироваться к новым условиям жизни после трансплантации.

Изучая страх у больных хирургического отделения можно выделить три типа эмоциональных реакций:

Таким образом, можно сделать вывод, что страх средней степени полезен, потому что готовит человека к столкновению с реальными опасностями и будущими ограничениями. Весьма важной для пациентов оказывается предварительная информация о событии, которого они боятся. Пациенты третьей группы кажутся бесстрашными, не интересуются, что может случиться с ними, поэтому столкновение с послеоперационными болями становится для них неожиданным.[4]

Основой страхов и последующим их усилением является избегание тревоги, стремление избежать осознания внутриличностного конфликта…

Не менее важно разобраться, какую вторичную выгоду извлекает клиент из своего избегающего поведения в семейных отношениях, на работе или в каких-либо других областях…

Одним из возможных подходов работы с пациентами с трансплантированными органами мы хотели бы предложить проблемно-ориентированную психотерапию, разработанную в начале 1980-х гг. в Бернском университете. Авторы: Блазер (Blaser A.), Хайм (Heim E.), Рингер (RingerCh.), Томмен (Thommen M.). ПОПт представляет собой индивидуальный краткосрочный интегративный метод психотерапии, включающий элементы психоанализа, когнитивно-поведенческой психотерапии, гештальт-терапии и телесно-ориентированной психотерапии…

Когнитивно-поведенческая часть ПОП позволяет проработать с пациентом те мысли, которые лежат в основе его эмоциональных переживаний и последующих за ними действий…

Психодинамическая часть ПОП позволяет продуктивно работать с переносом и контр-переносом, с сопротивлением, а также сновидениями…

Гештальт-подход в интегрированной психотерапии направлен на осознание и проработку эмоциональных реакций и чувств…

В настоящее исследование включено 93 пациента – 57 мужчин и 36 женщин, которым в период с 2008 по 2012 гг. в Свердловской ОКБ №1 (главный врач – д.м.н., профессор Ф.И. Бадаев) выполнены операции трансплантации сердце, печени, почек. Возраст пациентов на момент выписки из стационара составлял от 21 до 61 года (средний возраст 42,44 ± 10,57 года). Обследование проводилась во время ежемесячного планового визита пациентов в ОКБ № 1 в послеоперационный период…

Схема клинико-психологического исследования включала следующие методики: тест Роршаха, модифицированный Е.Т. Соколовой вариант методики измерения самооценки Дембо-Рубинштейн, тест рисования человеческой фигуры Маховер-Гудинаф, шкала оценки депрессии А.Бека, шкала оценки тревоги А.Бека, опросники SIBID (ситуативная неудовлетворенность телом) и BIQLI (влияние образа тела на качество жизни) Т. Кэша. Кроме того, с каждым пациентом проводилось клинико-психологическое структурированное интервью, направленное на исследование субъективных представлений реципиентов об органном донорстве, обусловленных их актуальными потребностями и интересами…

Проведенное исследование позволяет выделить мишени психотерапевтической работы не только в ближайший послеоперационный период, но и в течение первого года жизни пациента с «донорским» органом…[3]

При плановой хирургической помощи более 60% пациентов полагают, что исход операции и дальнейшее выздоровление зависит от их совместных усилий с врачами. В то время как более 80% неотложной хирургии склонны минимизировать собственные усилия, всецело полагаясь на врачей, их опыт, квалификацию, хирургические технологии. Эти различия подтверждены комплексом применяемых психодиагностических методик, которые выявили, что большинством «плановых» пациентов предстоящая хирургическая операция оценивается как неизбежная жизненно важная ситуация, имеющая преходящий характер, но требующая в настоящий момент максимальных усилий организма и психики…[2]

Список литературы:

1. Блазер А., Хайм Э., Рингер Х.,Томмен М. Проблемно – ориентированная психотерапия. Интегративный подход / Пер. с немецкого Л.С. Каганова. - М.: Независимая фирма "Класс" [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.studmed.ru/docs/document13589?view=1

2. Климушева Н.Ф, Бессонова Е.Н., Столяр А.Г., Шмакова Т.В., Баранская Л.Т. Послеоперационный стресс и стратегии адаптации у пациентов с трансплантированными органами

3. Климушева Н.Ф., Баранская Л.Т, Шмакова Т.В.Психотерапевтические аспекты послеоперационной реабилитации пациентов с трансплантированными органами

4. *Кочюнас Р. Основы психологического консультирования [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://psylib.org.ua/books/kociu01/index.htm*

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В ПРЕОДОЛЕНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ БАРЬЕРОВ

Манина Валерия Алексеевна

ФГБОУ ВО «Оренбургский ГАУ», г. Оренбург, Россия

Ключевые слова: преодоление; психологический барьер; студенты; стретегии; психологическое консультирование.

В процессе освоения профессиональной деятельности барьеры, с которыми сталкиваются студенты, приводят к снижению успешности в обучении, неуспеваемости, низкому качеству знаний.

С какой бы позиции ни рассматривалось понятие психологический барьер – в качестве препятствия, которое мешает человеку на пути его становления как личности и как профессионала или же, наоборот, в качестве явления, выполняющего развивающие функции. Независимо от этого, чтобы барьер выполнил свои функции, его необходимо преодолеть.

Преодоление барьеров может быть самостоятельным когда мы, прилагая определенные усилия, справляемся с рассогласованиями, возникающими между внутренним и внешним мирами. В каких-то моментах мы можем даже не прилагать особых усилий, так как преодоление происходит уже не впервые и мы, используя прошлый опыт, легко перешагиваем возникающие препятствия. Если же барьер не может быть пройден самостоятельно, то мы прибегаем к помощи посторонних людей – близких нам людей или же специалистов в сфере, в которой возникло данное препятствие.

Проблема преодоления барьеров интересует как педагогов, так и психологов. Обратившись к толковым словарям, мы находим следующие определе-

ния: в словаре В.И. Даля преодоление обозначается следующим образом: «одолеть, осилить, превозмочь, подчинить себе (преодолеть сам себя)», [1, с. 124], в словаре С.И. Ожегова – «преодолеть – значит пересилить, справиться с чем-нибудь (преодолеть все трудности)» [2, с. 630].

В работах Н.Г. Осуховой преодоление описывается, как «стратегия преобразования трудностей посредством материальных или символических действий (коммуникации, язык) в пространстве внешнего мира» [3, с. 28].

В условиях освоения будущей профессиональной деятельности существует большое количество факторов, оказывающих влияние на возникновение психологических барьеров, которые не зависят от личности студента, и могут быть устранены только усилиями педагогов. С другой стороны, внутренние причины барьеров не всегда осознаются студентами, и могут быть скорректированы психологическими методами в процессе обучения.

Большинство людей, в состоянии адекватно реагировать на сложившуюся затруднительную ситуацию, у них включаются так называемые мобилизационные механизмы, у тех же, кто не может перешагнуть образовавшийся барьер, включаются демобилизационные механизмы.

Стратегии преодоления психологических барьеров избираются как осознанно, так и не осознанно. Возможно выделение как общих, так и ситуационных специфических стратегий. Существующие классификации часто относятся к психологическим защитам или к поведению в различных ситуациях дискомфорта. Адекватность выбора стратегий поведения в критических ситуациях определяется действием защитных механизмов, адаптационными возможностями личности, особенностями восприятия и оценки ею значимой для нее ситуации, стилевыми особенностями саморегуляции деятельности.

Психологическое исследование показывает, что поведение человека во многом зависит от уровня субъективного контроля, или локуса-контроля базо-

вой личностной характеристикой, по которой можно судить о том, в какой степени человек считает себя активным субъектом своей собственной деятельности, а в какой степени – пассивным объектом действия других людей и внешних обстоятельств. Многочисленные экспериментальные исследования свидетельствуют о том, что существует связь между уровнями субъективного контроля и различными формами поведения, а также особенностями личности [5, с. 17].

Следовательно, рациональное использование внутренних ресурсов, помогает человеку преодолеть возникающие на его пути психологические барьеры и справиться с трудными ситуациями. Чем более развито самопонимание, самоуважение, саморегуляция, уверенность в собственных силах, принятие самого себя, психологическая устойчивость, чем адекватнее самооценка, тем более результативно человек может использовать свои внутренние ресурсы, и соответственно, преодоление психологических барьеров происходит с наименьшими потерями, как времени, так и сил.

В ситуации, когда студент не может самостоятельно преодолеть возникшие перед ним препятствие, он начинает поиски внешних ресурсов преодоления (помощь родственников и друзей; помощь преподавателей; помощь специалистов-психологов).

Таким образом, стратегия преодоления психологических барьеров не может рассматриваться с какой-либо одной позиции, например, действия бессознательного или осознаваемого компонента психики, использования внешних или внутренних ресурсов человека. Все это необходимо рассматривать в комплексе, поэтапно. Можно выделить условные этапы преодоления психологических барьеров:

На первом этапе – это исследование ситуации, субъект рассматривает возможные пути решения. Начинается подобная оценка с выяснения того, на-

сколько и при каких условиях необходимо преодоление возникшего психологического барьера (требуется изучение проблемной ситуации и выявление самого значительного стрессора).

На втором этапе – это поиск ресурсов. Субъект пытается задействовать внутренние ресурсы, если он не преуспевает в этом, то далее человек начинает искать внешние ресурсы, которые помогут ему преодолеть психологический барьер (необходимо мобилизовать самоанализ и самооценку, а также произвести поиск и оценку всех возможных средств).

На третьем этапе – действия, направленные на преодоление барьера. Этот этап наступает в случае неспособности преодолеть барьер самостоятельно. Наиболее эффективным психологическим условием, по нашему мнению, является целенаправленная психокоррекционная, консультативная и психопрофилактичексая работа специалиста - психолога.

Психологическое консультирование – специально организованный процесс общения, благодаря которому у обратившегося за помощью могут быть актуализированы дополнительные психологические силы и способности, обеспечивающие отыскание новых возможностей выхода из трудной жизненной ситуации [4, с.6].

Содержание и цели группового психологического консультирования определяются членами группы, в большинстве своем являющимися нормально функционирующими людьми. Групповое консультирование решает задачи исследования системы реально существующих отношений между людьми и использует механизмы управления групповым процессом с целью актуализации личностных ресурсов обратившихся в решении трудных жизненных ситуаций. Группа предлагает поддержку и эмпатию участникам, столкнувшимся с кризисной ситуацией и используется как средство или катализатор каких-либо личностных процессов, достижений [4, с.8].

Индивидуальное психологическое консультирование заключается в индивидуальной работе с психологическими трудностями клиента. В рамках консультирования допускается разъяснение клиенту его психологических трудностей, повышение его компетентности в жизненных вопросах, в вопросах личностного функционирования.

Сущность данного направления работы в контексте преодоления психологичексих барьеров заключается в предоставлении специалистом–психологом на основе специальных профессиональных знаний непосредственной психологической поддержки через создание условий, при которых студент осознает, что преодоление барьеров возможно или ищет новые пути их преодоления.

Целью психологического консультирования является помощь студенту в анализе особенностей стратегий преодоления конкретного студента, в понимании своей системы отношений с окружающим миром, оценке возникших психологических барьеров и в поиске альтернативных вариантов их преодоления.

Таким образом, преодоление психологических барьеров является сложным процессом. Для формирования эффективной стртегии преодоления психологических барьеров могут быть задействованы как внутренние ресурсы, так и внешние.

В качестве внешних ресурсов в нашем исследовании были рассмотрены основные формы работы психолога – психологичексая коррекция, психологическое консультирование и психологическое просвещение.

Список литературы:

1. Даль, В.И. Толковый словарь живого великорусского языка. В 4 т. Т.3 / В.И. Даль. – М.: Рус. яз., 1998. – 779 с..

2. Ожегов, С.И. Словарь русского языка / Под ред. Н.Ю. Шевцовой. — М.: Рус. яз., 1990. — 921 с

3. Осухова, Н.Г. Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях/ Н.Г. Осухова. - М.: Академия, 2005. - 288 с.

4. Фролова С. В. Консультативная психология: теория и практика. Учеб.-метод. пособие для студентов, обучающихся по специальности «Психология». – Саратов: Изд-во Сарат. ун-та, 2010. 154с.

5. Хребина, С.В. Организационная психология образования: феноменология и концепция развития / С.В. Хребина. — Пятигорск: ПГЛУ, 2007. – 288с.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ДЕЗОРИЕНТАЦИИ ВО ВРЕМЕНИ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Мелёхин А.И.

ФГБУН ИП РАН, г. Москва, Россия

Ключевые слова: ориентировка во времени, дезориентация во времени, время, пожилой возраст, старческий возраст.

За последние несколько лет в зарубежной неврологии и нейропсихологии старения наблюдается рост исследований *ориентации,* и *дезориентации во времени* в пожилом и старческом возрасте с *недементными* (умеренный когнитивный дефицит), *нейродегенеративными* (болезнь Альцгеймера, сосудистая деменция, болезнь Паркинсона), *неврологическими* (черепно-мозговые травмы, инсульт), *ортопедическими* (переломы шейки бедренной кости) нарушениями [1]. Напомним, что *ориентировка во времени* – это способность человека отслеживать, идентифицировать события в масштабе часов, дней, месяцев, времени суток, года и лет, которая связана с циркадным (суточным) поведенческим ритмом человека [1;3]. Изучение особенностей ориентировки во времени у пожилых людей с нейродегенеративными расстройствами может предложить новый способ понимания этих расстройств, понять патогенетические механизмы, новые стратегии лечения и профилактики [3]. Понимание того, что ориентировка во времени может быть включена в профилактические и реабилитационные программы для пожилых людей становиться все более актуальным вопросом современной зарубежной гериатрии. Нами было проведено исследование, которое показало, что по сравнению с ориентировкой в пространстве способность ориентироваться во времени более *уязвима* к нарушениям в пожилом

(55-74 лет) и старческом возрасте (75-90 лет). Изменения в ориентировки во времени в позднем возрасте не являются тотальными, они *избирательны*. Одни компоненты ориентировки во времени остаются сохранными, другие более язвимы к воздействию рискам старости. В целом пожилом и старческом возрасте ориентировка во времени остается *сохранной*. Некоторая неточность при назывании числа месяца, дня недели для пожилого человека вполне допустимы. Наиболее стабильными являются знания о времени суток, года, годе. Менее стабильной является информация о дате, дне неделе, месяце. После 75 лет можно наблюдать *симптомы «временной слепоты»,* т.е. трудностей в определении даты, дня недели, месяца. Мы наблюдали, что если люди пожилого и старческого возраста допускают ошибки при определении даты, дня недели и месяца у них наблюдались следующие реакции: смущение, испуг. Преобладали катастрофизирующие мысли. Эти мысли способствуют снижению самооценки, собственной эффективности в пожилом и старческом возрасте. В этот момент пожилые люди уязвимы и нуждаются в поддержки со стороны родственников и ближайшего окружения. В зарубежной гериатрической практике выделяют несколько психотерапевтических направлений, которые разработаны для оказания реабилитационной помощи человеку в пожилом и старческом возрасте при дезориентации во времени. Коротко опишем их.

Терапия, ориентированная на реальность (reality orientation therapy, A.Spector, M.Orrell). Целью данной терапии, является организации помощи пожилому человеку с когнитивными нарушениями для восстановления и поддержания его контакта с окружающим миром. Минимизировать у него дезадаптивное, хаотичное поведение. С помощью этого подхода родственники, медсестры, социальные работники, специалисты в области психического здоровья с помощью *поведенческой активации*, *поведенческого повторения,* представляют по-

жилому человеку необходимую информацию, чтобы он был ориентирован в месте, времени и собственной личности [5].

Для эффективного функционирования в окружающей среде нужно владеть знаниями о дате, времени и месте, т.е. навыками ориентировки во времени и пространстве. Эти базовые знания, необходимы для организации поведения. Например, планирования распорядка дня, придерживаться времени приема лекарств, гигиенических процедур. Когда пожилой человек утрачивает эти навыки, его родственники не всегда обращают на это внимания из-за ряда других проблем. В таком случае мы наблюдаем, что пожилой человек может забыть, где он находиться. Могут наблюдаться трудности в узнавании людей, которые его окружают. Начинает проявляться растерянность в незнакомых ситуациях, т.е. что пожилой человек должен сделать или сказать в той или иной ситуации. Применение ряда поведенческих техник способствует улучшению контакта пожилого человека с внешней реальностью. Терапия строиться на *регулярном повторении упражнений*. Каждое утром пожилому человеку родственники или специалист называют дату, день недели, месяц, год. Напоминают ему, где он находиться и почему. Затем эту информацию просят повторить пожилого человека *в течение дня.* Например, до обеда. При организации жилья пожилого человека используются *визуальные подсказки*. Например, яркие и крупные стикеры на которых крупно написаны подсказки, которые помогают пожилому человеку ориентироваться в окружающей среде. Используют доску, где можно записать дату, день недели, месяц и год. В ходе закрепления навыка ориентировки во времени родственники или специалисты используют *технику запутывания* при определении времени суток, погоды. Приведем пример применения данной техники: - *Доброе утро, Лариса Валерьевна. Как Вы чувствуете себя сегодня?* (Ждем ответа) - *Сегодня прекрасный осенний день. Наверно сегодня на улице будет 40 градусов?* (Ждем ответа) - *Сегодня такой приятный вечер. Го-*

товы ли Вы к завтраку? (Дождитесь ответа). Для поддержания контакта с окружающим миром пожилого человека окружают знакомыми ему предметами: семейные фотографии, безделушки, одеяла, подушки, мебель, знакомая музыка и др. Проводятся групповые занятия, в который акцент делается на *построение моста к реальности*. Специалист просит каждого пожилого человека обратить внимание на «*доску реальности,* « на которой написаны следующие слова: места, дни недели, месяц, год, погода, отпуск, завтра. Эти слова стимулирует людей пожилого и старческого возраста рассказать о себе. Обязательно уделяется внимание побуждению пожилого человека к принятию решений. Например, какую передачу по телевизору хотели посмотреть? Какую рубашку хотелось бы надеть сегодня? и др.

Терапия ремотивации (remotivation therapy, J. Dyer, M.Stotts)**.** Целью данного направления терапии является воссоздание у пожилого человека *интереса к жизни*. В групповой форме в атмосфере признания и дружбы используя *технику воспоминания положительных событий, увлечений,* специалист побуждает пожилого человека обсуждать и конструировать новые интересы, которые бы приносили ему положительные эмоции. С помощью *техники «Кто? Что? Как? Где? Когда»* специалист просит пожилых людей описать день жизни их родственника? Что они делают? Как они выполняют свою работу? и др [4].

Терапия проверки или терапия фантазии (validation/fantasy therapy, Naomi Feil). Это направление терапии признает, что логика есть во всем поведении человека [4]. По мнению Наоми Феил главное в терапии это понимание эмоционального состояния пожилого человека, его фантазий, искажений в мышлении, без чрезмерной интерпретации. Главное в терапии это понимать смысл, лежащий в основе индивидуального поведения человека. Эта терапия помогает пожилым людям вспоминать и пересмотреть и частично решить неза-

конченные дела в их жизни [2]. Вернув самосознание и чувство самоуважения у пожилого человека, можно остановить развитие дезориентации. В таблице 1 приведены отличия терапии проверки от терапии ориентированной на реальность.

Таблица 1

Сравнение терапии проверки (validation/fantasy therapy) и терапии, ориентированной на реальность (reality orientation therapy)

Терапия проверки	**Терапия, ориентированная на реальность**
• Индивидуальный внутренний мир пожилого человека (кто, что, где, когда). • Фокус на эмоциональном состоянии. • Акцент на индивидуальную картину мира.	• Ориентация человека в месте, времени и собственной личности. • Фокус только на объективной реальности. • Коррекция фактических ошибок при восприятии окружающего мира.

Процесс дезориентации во времени проходит несколько этапов [2]:

- *Первый этап – легкая спутанность (Mild Confusion).*
- *Второй этап – временная путаница (Time Confusion). Третий этап – вечное движение (Perpetual Motion).*
- *Четвертая стадия – Вегетативная (Vegetation).*

Наоми Феил считает, что ее терапия эффективна на первых трех этапах дезориентации в пожилом и старческом возрасте [2].

Список литературы:

1. Мелёхин А.И. Восприятие и познание времени в пожилом и старческом возрасте (обзор зарубежных исследований) [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2015. Том 4. № 2. С. 11–19. doi:10.17759/jmfp.2015040202

2. Day C.R Validation therapy. A review of the literature.//J Gerontol Nurs. 1997. Vol. 23. № 4. Pp. 29-34.

3. Iwamoto Y. Time orientation and orientation in the elderly persons // Occupational Therapy International. 2011. Vol. 18, № 4. pp. 194-200. doi: 10.1002/oti.322.

4. Morawetz C., Wormstall H. Treatment availability for patients with dementia. //Psychiatr Prax. 1994. Vol. 21. № 4. pp. 154-156.

5. Spector A., Orrell M. Reality orientation for dementia. //Cochrane Database Syst Rev. 2000. № 2.

ВЛИЯНИЕ САМООЦЕНКИ СУПРУГОВ НА ИХ УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ БРАКОМ

Миронова Елена Александровна

ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, г. Ярославль, Россия

Ключевые слова: семья, роль семьи, удовлетворенность браком, самооценка супругов.

Семья является важнейшей социальной средой формирования личности и основным институтом психологической поддержки и воспитания, отвечающим не только за социальное воспроизводство, но и за воссоздание определенного образа жизни, образа мыслей и отношений.

В последние годы, как отмечают многие советские социологи и демографы, в развитии института семьи в нашей стране и за рубежом наблюдается ряд негативных явлений: все больше людей предпочитает не вступать в брак, увеличивается число одиноких мужчин и женщин, увеличивается количество альтернативных форм устройства собственной жизни, растет количество разводов, снижается уровень рождаемости, становится больше «неполных» семей, нарастает количество «повторных» браков, интенсифицируются сексуальные отношения вне института брака и т.п. [6].

В связи с быстро меняющимися социально-политическими условиями общественной жизни и демографическим кризисом изучение факторов стабильности семьи и удовлетворенности браком, а также проведение исследований семьи становится приоритетным направлением, так как семья играет огромную роль в жизни как отдельной личности, так и всего общества [2]. Всё это требует более глубокого понимания процессов, происходящих в современной

семье, с целью использования этих знаний как для оптимизации межличностных отношений семьи при оказании консультативной помощи, так и при подготовке молодёжи к браку.

В данной работе мы исследовали взаимосвязь удовлетворенности браком и самооценки супругов.

Анализ литературных источников показал, что вопросы, имеющие отношение к качеству брака, удовлетворенности супругов семейными отношениями, само понятие качества брака, исследованы недостаточно [10].

В классификации факторов, влияющих на качество семейно-брачных отношений, удовлетворенность браком супругов, в недостаточной степени уделено внимание таким показателям как темперамент супругов, типы отношения к окружающим, самооценка, взаимооценка, уровень интеллектуального развития и пр.

В тоже время известно, что низкая самооценка сопровождается сильным чувством тревоги и неуверенностью в себе, отсутствием адекватных представлений о достоинствах и недостатках (как своих, так и чужих)[8]. Человек с низкой самооценкой возлагает большие надежды на других, требует излишнего внимания, но вместе с тем он полон страха, он готовится к разочарованиям и не доверяет людям. Все это, безусловно, будет сказываться на отношениях между супругами и их удовлетворенности браком. В связи с этим нам представляется важным изучение взаимосвязи удовлетворенности браком с самооценкой супругов в молодой семье.

Для решения данной задачи нами были использованы следующие методы: опросник удовлетворенности браком (В.В. Столин, Т.Л. Романова и Г.П. Бутенко), методика исследования самоотношения (В.В. Столин, С.Р. Пантелеев), математические методы статистической обработки полученных данных.

Объект исследования - студенческая семья.

Предмет исследования - характер взаимосвязи между удовлетворенностью браком и самооценкой супругов.

В исследовании приняли участие 17 семейных пар, 34 человека, 17 мужчин и 17 женщин, стаж совместной жизни которых менее 4 лет. Возраст испытуемых от 18 до 23 лет, образование — неполное высшее.

Исследование проходило в несколько этапов.

На первом этапе мы оценивали удовлетворенность браком наших респондентов. Результаты исследования выявили высокий уровень удовлетворенности браком у большинства респондентов.

При этом показатели удовлетворенности браком у мужчин оказались несколько выше, чем у женщин (на нашей выборке испытуемых).

На втором этапе мы исследовали уровень самоотношения мужчин и женщин.

Сравнительный анализ по U-критерию Манна – Уитнивыявил значимые различия в самоотношении мужчин и женщин по шкалам: самоуверенность и самопривязанность. Мужчин отличает большая самоуверенность и самопривязанность. Мужчины отличаются большей самоуверенностью. Они отчетливее переживают собственное «Я» как внутренний стержень, интегрирующий и организующий их личность и жизнедеятельность, считают, что их судьба находится в их собственных руках; чувствуют обоснованность и последовательность своих внутренних побуждений и целей. У мужчин преобладает отношение к себе как к уверенному, самостоятельному, волевому и надежному человеку, которому есть за что себя уважать. Мужчин отличает большая самопривязанность, которая характеризуется удовлетворенностью собой, ригидностью «Я-концепции», консервативной самодостаточностью, нежеланием меняться на фоне общего положительного отношения к себе. Женщины, напротив, больше склонны к внутренней конфликтности, сомнениям, несогласию с собой, тре-

вожно-депрессивным состояниям, сопровождаемым переживанием чувства вины. Также для женщин характерна неудовлетворенность собой, своими возможностями, самообвинение; они стремятся к постоянным изменениям, к соответствию своему идеалу.

На третьем этапе исследовался характер взаимосвязи между удовлетворенностью браком и шкалами самоотношения. Для этого мы использовали корреляционный анализ (ранговый коэффициент корреляции Спирмена).

Были получены следующие результаты: существует статистически значимая прямо пропорциональная корреляционная связь между удовлетворенностью браком и отраженным самоотношением у женщин (коэффициент корреляции Спирмена $r=0,63$, при $p<0,01$).Следовательноудовлетворенность браком у женщин находится в прямой зависимости от их представлений о способности вызвать у других людей уважение, симпатию, одобрение, а также ощущение ценности собственной личности и предполагаемую ценность собственного "Я" для других. Чем ниже жена оценивает свое собственное «Я» по отношению к социально-нормативным критериям моральности, успеха, целеустремленности, социального одобрения и т.п., тем меньше она удовлетворена браком.

На четвертом этапедля дальнейшего рассмотрения проблемы взаимосвязи удовлетворенности браком и самооценки супругов мы объединили 7 шкал методики исследования самоотношения в 3 большие группы (самоуважение, аутосимпатия и внутренняя неустроенность). После чего вновь был проведен корреляционный анализ.

По результатам математической обработкибыли получены следующие данные:

1. существует статистически значимая прямо пропорциональная корреляционная связь между удовлетворенностью браком и самоуважением у женщин. То есть, чем ниже жена оценивает свое собственное «Я» по

отношению к социально-нормативным критериям моральности, успеха, целеустремленности, социального одобрения и т. д., тем меньше она удовлетворена браком.

2. существует статистически значимая обратно пропорциональная корреляционная взаимосвязь между удовлетворенностью браком партнеров и внутренней неустроенностью. Чем сильнее у партнеров выражено негативное самоотношение, тем меньше они удовлетворены браком.

Однофакторный дисперсионный анализ ANOVA показал, что существует линейная связь между удовлетворенностью браком и самоуважением (т.е. с ростом самоуважения удовлетворенность браком возрастает).

Обнаруженные статистически значимые взаимосвязи между удовлетворенностью браком и шкалами самоотношения позволяют нам сделать вывод о взаимосвязи удовлетворенности браком и самооценки супругов в молодой семье.

В будущем мы планируем более глубокое изучение данной темы.

Список литературы:

1. *Андреева, Т.В. Особенности и тенденции развития современной семьи / Т.В. Андреева // Ананьевские чтения, 2002. СПб.: Изд-во С. – Петербургского университета, 2002. - 463 с.*

2. *Андреева, Т.В. Семейная психология: учебное пособие / Т.В. Андреева. – СПб.: Речь, 2004. - 244 с.*

3. *Социология семьи: учебник / под ред. Проф. А.И. Антонова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ИНФРА-М, 2007. - 640 с.*

4. *Варга, А.Я. Системная семейная психотерапия: Курс лекций. – СПб.: Речь, 2001. - 144 с.*

5. *Голод, С.И. Семья и брак: историко-социологический анализ / С.И. Голод – СПб: ТОО ТК «Петрополис», 1998. - 272 с.*

6. *Голод, С.И. Социолого-демографический анализ состояния и эволюции семьи / С.И. Голод // Социс. – 2008. № 1. – С. 40-49.*

7. *Мюллер-Лиэр, Ф. Формы брака, семьи и родства. Перевод с немецкого / Ф. Мюллер-Лиэр.; Пер.: Степанов И. – М.: П. Г. Дауге, 1913. - 94 с.*

8. *Пастухова, М.В. Теоретические аспекты психологического изучения самооценки личности / М.В. Пастухова // Известия Самарского научного центра Российской академии наук – 2010. т.12, № 5 (2). – С. 460-462*

9. *Сатир, В. Вы и ваша семья / В. Сатир. – М.: Апрель-пресс, 2013. - 288 с.*

10. *Сысенко, В.А. Устойчивость брака: проблемы, факторы, условия / В.А. Сысенко. – М.: Мысль, 1981. - 199 с.*

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Муравцова Марина Витальевна
ФГБОУ ВО «ВГУ», г. Воронеж, Россия

Ключевые слова: речевые нарушения, помощь, психологическое сопровождение, коррекционно – развивающая программа.

В настоящее время «Клиническая психология детей и подростков», как область научно-практической деятельности интенсивно развивается и востребована в системах здравоохранения, социальной защитыи образования.

Изменение социокультурной ситуации в последние годы привело к тому, что на фоне уменьшения младенческой смертности и развития сети перинатальных центров, содействующих сохранению и восстановлению репродуктивного здоровья в семье, снижению материнских и перинатальных потерь,увеличилось количество детей с последствиями осложненного перинатального анамнеза. Сегодня до 80% новорожденных являются физиологически незрелыми, свыше 86% имеют перинатальную патологию ЦНС, отсутствие своевременной коррекции которой приводит к развитию стойких нарушений в будущем [6].

Одной из важнейших психических функций, которая претерпевает патологические изменения, является речь. Речь — важнейшая психическая функция, присущая только человеку. На основе речи и ее смысловой единицы — слова формируются и развиваются такие психические процессы, как восприятие, воображение, память. На огромное значение речи для развития мышления и формирования личности неоднократно указывал Л. С. Выготский: «Развитие

устной речи, вероятно, самое удобное явление для того, чтобы проследить механизм формирования поведения и сопоставить подход к этим явлениям, типичный для учения об условных рефлексах, с психологическим подходом к ним. Развитие речи представляет, прежде всего, историю того, как формируется одна из важнейших функций культурного поведения ребенка, лежащая в основе накопления его культурного опыта»[2, с.192].

В тех случаях, когда у ребенка сохранен слух, не нарушен интеллект, но имеются значительные речевые нарушения, которые не могут не сказаться на формировании всей его психики, говорят об особой категории аномальных детей – детях с речевыми нарушениями, численность которых с каждым годом увеличивается[4].

Дети с речевыми нарушениями имеют органические или функциональные отклонения в состоянии центральной нервной системы. Наличие органического поражения мозга обусловливает то, что эти дети плохо переносят жару, часто жалуются на головные боли, тошноту и головокружения. У них выявляются различные двигательные нарушения: нарушения равновесия, координации движений, пространственных представлений, нарушения при дифференцировке движений пальцев кистей рук и артикуляционных движений. Характерна эмоциональная неустойчивость, раздражительность, повышенная возбудимость, двигательная расторможенность.Им трудно сосредоточитьсяи сохранять усидчивость в процессе непосредственной образовательной деятельности. Значительно реже у них наблюдаются заторможенность и вялость. Дети быстро истощаются,утомляются и пресыщаются любым видом деятельности, что может проявляться в усилении головных болей, расстройстве сна, вялости, либо, напротив, в повышении двигательной активности[2].

Дети с функциональными отклонениями в состоянии ЦНС эмоционально реактивны, легко дают невротические реакции в ответ на замечание,

неуважительное отношение со стороны взрослых и сверстников. Их поведение может характеризоваться негативизмом, повышенной возбудимостью или, напротив, застенчивостью, нерешительностью.Отмечаются трудности при переключении с одного вида деятельности на другую, неустойчивость внимания и памяти, низкий уровень понимания словесных инструкций на фоне недостаточногоуровня формирования регулирующей функции речи,уровня мотивационной сферы, низкого уровня самоконтроля за собственной деятельностью, нарушения познавательной деятельности и низкой умственной работоспособности[5].

Внимание детских клинических психологов в настоящее время сместилось оттеоретических проблемпсихического развития и закономерностей его нарушения в область практической помощи детям с различными нарушениямив развитии и их семьям [7].

Отсутствие коррекционно-развивающей работы у детей с этими трудностями в дальнейшем могут привести к отсутствию интереса к обучению в школе, снижению объема памяти, ошибкам запоминания, трудностям в овладении письмом, счетными операциями и слабому овладению грамматикой.

Эффективная помощь детям осуществляетсяпри условии комплексного медико-психолого-педагогического воздействия, при раскрытии структуры речевой недостаточности и при дифференцированном подходе к ее преодолению[1]. В коррекционно-развивающую программу включается комплекс заданий, направленный на развитие когнитивных процессов: памяти, внимания, мышления и специфические упражнения для коррекции собственно речевого нарушения[3].Так как познавательные процессы развиваются в тесной взаимосвязи между собой и представляют сложные системные образования, то каждое упражнение, адресованное к какому-либо определенному познавательному процессу, опосредованно влияет и на другие. Таким образом, деление упраж-

нений по их задачам несколько условно, поскольку цель их едина. На каждом занятии упражнения предъявляются с постепенным их усложнением и отвечают закономерностям развития любой психической функции: от наглядной деятельности к образной, затем словесно-логической и абстрактной. Для максимального результата используются индивидуальная и подгрупповая формы проведения занятий, повышающие заинтересованность ребенка в достижении результата и в самом процессе деятельности на основе особой психологической поддержки педагога – психолога и учителя – логопеда. Это выражается в ободрении, мягком тоне замечаний, поощрении, благожелательными мимикой, жестами, размеренной, эмоционально выразительной речью, состоящей из коротких и ясных по смыслу предложений, интонацией, вызывающими у ребенка желание продолжать сотрудничать [6].

Таким образом, согласно научной позиции отечественной специальной психологии (И.Ю.Левченко, И.И.Мамайчуки др.), психологическая помощь детям с отклонениями в развитии отличается от помощи здоровым детям по целевой направленности и организационно-содержательной специфике, учитывающей характер нарушения и особенности развития ребенка, роль биологических и социальных факторов в структуре дефекта, социальную ситуацию развития, степень выраженности и характер изменений личности в связи с имеющимися проблемами, особенностями межличностного общения в семье и социуме [2].

Новое понимание сущности проблем социализации детей с нарушениями речи ориентировано на межпредметные связи логопедии с практической психологией, что определяет выделение психологического компонента в системе коррекционного обучения детей данной категории. Психологическая помощь становится сегодня не только необходимым условием оптимизации их образования, но и значимым фактором, оказывающим влияние на успешное решение

задачи социальной адаптации детей с нарушениями речи и их успешной интеграции в общество [1].

Список литературы:

1. Волковская Т. Н. Система психологической помощи детям с недостатками речи [Электронный ресурс] / Т. Н. Волковская // Автореферат диссертацииРежим доступа: http://www.dissercat.com/content/sistema-psikhologicheskoi-pomoshchi-detyam-s-nedostatkami-rechi#ixzz4M30mYU2a(дата обращения: 16.10.2016г.).

2. Выготский Л. С. Собрание сочинений: В 6-ти т. Т.3 Проблемы развития психики/ под ред. А. М. Матюшкина. – Москва.: Педагогика, 1983. - 368 с., ил.

3. Зверева Н.В. Клиническая психология детей и подростков: Учебник/ Н.В.Зверева, Т.Г. Горячева– Москва : ИЦ «Академия», 2013.–272 с.

4.Коррекционная педагогика : Основы обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии : учеб.пособие для студентов сред. пед. учеб. заведений / Б.П.Пузанов, В.И.Селиверстов, С.Н.Шаховская / под ред. Б.П.Пузанова. –Москва : AcademiA, 1991.– 141 с.

5. Мамайчук И. И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии/И. И. Мамайчук– Санкт-Петербург : Речь, 2001.–220 с.

6. Назарова Н.М.Специальная педагогика : учеб.пособие для студ. высш. учеб. заведений / Н.М.Назарова. – 4-е изд., стер. – Москва: Издательский центр «Академия», 2005.– 400 с.

7. Приходько О.Г. Логопедический массаж при коррекции дизартрических нарушений речи у детей раннего и дошкольного возраста/ О. Г. Приходько– Санкт-Петербург : КАРО, 2013. –157 с. - (Серия «Мастер-класс логопеда»)

8. Специальная дошкольная педагогика: учебник для студ. учреждений высш. проф. образования / Е. Р. Баенская, Т. А. Басилова, А. Л. Венгер и др./ под ред. Е. А. Стребелевой.–Москва:Издательский центр «Академия», 2013. – 352 с. –(сер.Бакалавриат).

ПРОБЛЕМЫ МОНОТОНИИ КАК НЕГАТИВНОГО ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У СТУДЕНТОВ В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ

Ничуговский Александр Алексеевич
Научный руководитель – Есманская Наталья Евгеньевна
ФГБОУ во «ВГУ», г. Воронеж, Россия

Ключевые слова: монотония, негативное эмоциональное состояние.

Актуальность данной проблемы продиктована поиском и обсуждением в науке таких аспектов, которые могут влиять на эффективность учебной деятельности в высших учебных учреждениях.

Учебная деятельность студентов связана с высоким уровнем психологического напряжения в процессе овладения большим объемом знаний, требующих умственных усилий и интенсивности. Из этого следует, что для достижения целей и решения задач в учебной деятельности усилия должны быть соизмеримы с психофизиологическими и психологическими возможностями обучающихся студентов. Если не учитывать вышеизложенные особенности, то цели образования утратят свою значимость в жизни студента.

До сегодняшнего дня эффективность учебной деятельности оценивалась на основе личностных особенностей обучающихся. Однако последние исследования говорят о том, что не последнюю роль для анализа эффективности и продуктивности процесса обучения имеют психологические особенности состояния студентов, так как процесс обучения происходит на фоне состояний человека и контролируется этим состоянием.

Психологические эмоциональные состояния изучены и проанализированы в работах В. А. Ганзена, Е. П. Ильина, А. Б. Леонова, Л. Р. Фахрутдинова, Н. Д. Левитова и Э. И. Киршбаума.

Монотония – функциональное состояние человека, возникающее при однообразной, монотонной деятельности. Оно характеризуется снижением тонуса и восприимчивости, ослаблением сознательного контроля, ухудшением внимания и памяти, стереотипизацией действий, появлением ощущения скуки, потерей интереса к работе. Продуктивность деятельности может восстанавливаться лишь временно – за счет особых волевых усилий. В ответ на монотонные условия деятельности могут развиваться явления пресыщения психического характера [1].

Монотонноустойчивость, с точки зрения психологических факторов обуславливается типом нервной системы, волевыми качествами, характером и темпераментом.

Согласно А. О. Прохорову, усталость – ощущение слабости, упадка сил от усиленной деятельности, напряжения, синоним утомления [2].

Состояние апатии у студентов в первую очередь обусловлено снижением заинтересованности к учебной деятельности: "надоело", "наскучило". Учебная деятельность для человека становится однообразным, монотонным "трудом".

Состояние монотонности обычно определяется как "эмоционально-мотивационный вакуум". Онтогенез состояния монотонности опосредован ростом возбуждения в двигательных корковых центрах. Это происходит на фоне развития торможения на других участках головного мозга связанных с приемом и переработкой информации. Эти изменения говорят о снижении активности (усталость). Это состояние характерно прежде всего для первокурсников. Монотония вызвана однообразием впечатлений, но не действий, и является побудительной силой этого состояния [3,4]. Монотонный род деятельности часто

приводит к снижению активности психических процессов. Для студентов-старшекурсников такие состояния, как апатия, сонливость, очевидны.

По утверждению одних ученых такое субъективное чувство как усталость является показателем тяжести работы (учебы). Другие ученые считают, что функцией усталости является защита, предупреждающая полное истощение организма. Академик А. А.Ухтомский писал об усталости, как о патологическом состоянии.

Для студентов, особенно старших курсов, это состояние проявляется в виде сонливости. Причиной появления данного состояния являются психологические и психофизиологические факторы.

Типичные состояния и их интенсивность в течение всего учебного процесса зависят от различных детерминант. Наиболее существенной из них является выбор специализации. Для студентов, выбравших гуманитарные науки, свойственны такие состояния, как апатия, сомнения, пассивность, усталость, то есть снижение психической активности.

У студентов, выбравших естественнонаучные факультеты преобладают положительные состояния: радость, восторг, счастье, то есть высокая психическая активность. Для студентов физико-математических факультетов характерна низкая психическая активность, проявляющаяся в раздражительности и усталости.

Также выявлено, что на проявление и возникновение монотонии оказывает влияние этап обучения. Данный факт связан с тем, что каждому этапу соответствует свое содержание. На первом курсе начальный адаптивно-ориентировочный этап характеризуется такими состояниями, как радость, активация и восторг, то есть с состояниями высокой психической активности.

На третьем курсе учебная деятельность отличается увеличением раздражительности, пассивностью и снижением заинтересованности. Пятый курс, ко-

торый является заключительным (учебно-профессиональным) отмечается состоянием страха, тревожности, стресса и усталости. Также замечено, что независимо от этапов специализации положительные состояния имеют более высокое значение по шкале переживаний [5].

В условиях монотонии у большинства студентов в ходе учебного процесса приводит к сужению объему внимания и нервному истощению, в результате этого происходит снижение психической активности мозга. Е. И. Ильин отмечает, что состояние монотонии предшествует утомлению.

Представленная проблематика имеет приорететное значение для развития личности студентов и решения проблем учебной деятельности.

Список литературы:

1. Головин С. Ю. Словарь практического психолога/ С. Ю. Головин.— М., АСТ, Харвест,1998.

2. Райе Ф. Психология подросткового и юношеского возраста / Ф. Райе. — СПб.: Питер, 2000. — 902 с.

3. Асеев В. Г. Проблема монотонности в исследованиях зарубежных авторов / В. Г. Асеев // Вопросы психологии. 1975. -№ 1. — 163-169 с.

4. Ищенко Т. В. Место студенчества в социальной структуре общества / Т. В. Ищенко. Томск: Б. и., 1970. — 243 с.

5. Шмелева С.А. Психические состояния студентов педагогических специальностей и их взаимосвязь с профессионально важными качествами в процессе обучения в вузе : автореф. дис .кад. психол. наук /С.А. Шмелева – Казань, 2010.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ-ИММИГРАНТОВ

Новгородова Екатерина Федоровна

БФУ им. И.Канта, г. Калининград, Россия

Ключевые слова: качество жизни, удовлетворенность, миграция, менталитет, подростковый возраст, образовательная система.

Научные исследования ассимиляции и аккультурации мигрантов остаются актуальными ввиду того, что миграционные процессы в современном мире приобретают все более массовый характер. В наши дни отмечается интенсивная динамика *международных миграционных потоков:* на протяжении последних 5 лет количество имигрантов, прибывших в Россию, возросло в 3 раза [7]. Такое положение дел может быть обусловлено глобальной социально-экономической нестабильностью, обостряющей проблему *качества жизни*. Сложившийся кризисный контекст развития может существенно снижать возможности индивида к регулированию субъективного *благополучия*. При этом особенно важно научно обоснованное обеспечение удовлетворенности и счастья *молодежи*, поскольку именно эта категория населения является стратегическим ресурсом и фактором социального прогресса.

К тому же, самым сложным и даже опасным периодом в жизни человека является *подростковый*. Объясняется это тем, что развитие здесь совершается по очень сложной и извилистой кривой (Л.С. Выготский), зачастую сопровождаясь психопатиями (А.Е. Личко). Подростки занимают маргинальное положение в социуме: они не только заинтересованы в общественно-полезной деятельности (Д.И. Фельдштейн), но и намеренно нарушают нормы морали (В.А. Аверин), активно противопоставляют свое поведение требуемому (А.Е. Личко).

В этом возрасте происходят сложные процессы обретения идентичности (Э. Эриксон) и молодые люди экспериментируют с ролями, оценивая их социальную приемлемость. Следствием этого могут стать различные формы экстремального поведения (В.Е. Каган). Это делает очевидным актуальность дальнейшего и углубленного изучения качества жизни современного подростка в российском обществе. Особенно принимая во внимание тот факт, что данная проблема на выборке мигрантов пока рассматривалась на более старших возрастных группах [6, 8]. По сей день исследований, посвященных выявлению удовлетворенности различными аспектами жизни подростков-мигрантов как результата их адаптации и ресоциализации в рамках системы образования Российской Федерации, не проводилось.

В этой связи нами были обследованы 57 респондентов в возрасте от 14 до 18 лет (средний возраст 15,7±1,1). По полу выборка состоит из 29 парней и 28 девушек. Треть опрошенных лиц (37%) оказались потомками иммигрантов. Среди оптантов оказались уроженцы Украины (6 человек), Казахстана (5 человек), Таджикистана (3 человека), Узбекистана (2 человека), Кыргызстана (2 человека), Азербайджана (1 человек), Молдавии (1 человек) и Швеции (1 человек). В ходе исследования анализировались данные контрастных групп: мигрантов и коренных жителей России.

Изучение качества жизни осуществлялось посредством 10-бальной шкалы, где «0» означает «абсолютно не удовлетворен», а «10» - «полностью удовлетворен». Испытуемым предлагалось оценить субъективный уровень удовлетворенности по ряду параметров своей жизнедеятельности (своим здоровьем, материальным положением, достижениями, жизнью в России, самим собой, отношениями со сверстниками, уверенностью в будущем и уровнем личной и национальной безопасности) [9]. Для сбора социально-демографических данных о респондентах применялось анкетирование.

Материалы обрабатывались с помощью программы SPSS Statistics 19. Для сравнения независимых выборок применялся t-критерий Стьюдента.

В результате было обнаружено, что в группе молодых иммигрантов достоверно преобладают такие показатели удовлетворенности, как: *здоровье* (p=0,05), *финансовый достаток* (p=0,02), *жизнь в России* (p=0,05) и *степень национальной безопасности* (p=0,03). Это позволяет заметить также тот факт, что коренные россияне испытывают не довольство по этим аспектам качества своей жизни. Итоги позволяют также заметить больший разброс оценок со стороны русских респондентов и судить о присущей им чувствительности к рассогласованию между реальным и идеальным образом жизни.

С одной стороны, полученные данные могут служить свидетельством того, что территориальная мобильность выступает фактором регуляции субъективного благополучия личности. Так было замечено, что потенциальные мигранты очень тревожны [4]. Наши данные позволяют наблюдать, что состоявшиеся иммигранты чувствуют себя более комфортно в принимающей стране и оценивают свою жизнь как благоприятную в целом. Вероятно, решение проблем с финансами и здоровьем путем смены страны проживания дает ощущение удовлетворенности личности.

С другой стороны, полученные данные отражают ментальную специфику россиян. В эксцентричной России имеет место нормативное давление для преувеличения своих страданий [1, 2, 5]. Так на протяжении нескольких десятков лет, оценки качества жизни россиян являются одними из самых низких по сравнению гражданами других государств [3]. Это может объясняться и фрустрацией ожиданий наших соотечественников от материального дохода и мер социальных защит.

Итак, удовлетворенность своей жизнедеятельностью подростков-мигрантов является важным показателем их социально-психологической адап-

тации и идентификации с принимающей страной. При этом система образования выступает не только ведущим и действующим на протяжении длительного периода жизни агентом социализации, но и специфической коммуникативной средой, способной оказать решающее влияние на обеспечение качества жизни учащихся. Судя по результатам проведенного исследования, инклюзия мигрантов в российские учебные заведения, расположенные в Калининградской области, проходит достаточно успешно.

Список литературы:

1. *Diener E. Subjective Well-Being: The Science of Happiness and a Proposal for a National Index // American Psychology. 2000. Vol. 55. No 1. P. 34-43.*

2. *Veenhoven R. Are the Russians as Unhappy as they say they are? // Journal of Happiness Studies. 2001. Vol. 2. No. 2. P. 111-136.*

3. *World Values Survey. URL: http://www.worldvaluessurvey.org*

4. *Гуревич А.М. Мотивация эмиграции. СПб.: Речь, 2005.*

5. *Джидарьян И.А. Психология счастья и оптимизма. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2013.*

6. *Усова Н.В. Структура и социально-психологические факторы субъективного благополучия личности в условиях миграции: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. - Саратов, 2012.*

7. *Федеральная служба государственной статистики. URL: http://www.gks.ru*

8. *Шамионов Р.М. Характеристики субъективного благополучия личности в условиях миграции // Социально-психологическая адаптация мигрантов в современном мире. - Москва: Издательство «Перо», 2014. С. 193-199.*

9. *Яремчук С.В., Новгородова Е.Ф. Саморазвитие и субъективное благополучие современной молодежи: монография. М.: НИЦ ИНФРА-М, 2015.*

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ВЗАИМООТНОШЕНИЯМ ПРОВИЗОРА И ПОСЕТИТЕЛЯ АПТЕКИ

Опарин Константин Сергеевич

ЧУ ОО ВО "Медицинский университет "Реавиз", г. Самара, Россия

Ключевые слова: профессиональная коммуникация провизора, провизор и посетитель, аптека, этика и деонтолгия в аптеке, компетентность провизора, искусство общения провизора, психологический подход в аптеке.

Компетентному провизору на современном этапе необходимо обладать высокой культурой общения, от этого зависит удовлетворённость качеством фармацевтической помощи пациентов. Обладание высокой общей и профессиональной культурой общения и умение найти к посетителю индивидуальный подход говорит об успешной работе провизора. Реализация установления коммуникации в диаде «провизор-посетитель» принадлежит главным образом психологии и психотерапии.

В глазах посетителя аптеки работник первого стола - не просто продавец, а специалист, имеющий необходимые знания по общей и клинической фармакологии, фармакогнозии, фармацевтической химии и технологии, т.е. он уже заранее обладает определенным авторитетом.

Целью данной работы является – анализ теоретических и практических основ общения провизора с посетителями аптеки, в т.ч. психологических, этических, деонтологических, которые в совокупности составляют искусство общения с посетителями.

Особенностями деятельности провизоров при реализации лекарственных средств безрецептурного отпуска и других групп аптечных товаров является противоречие между специальными — фармацевтическими и торговыми функциями, как одна из основных проблем профессиональной деятельности. Как работник здравоохранения, аптечный работник – провизор ориентирован на благо пациента, сохранение и укрепление его здоровья. Однако как торговый работник провизор непосредственно заинтересован в получении прибыли, увеличении объема продаж аптечных товаров, в том числе и лекарственных средств. Провизор не должен подменять собою врача и предлагать лекарства, полагаясь на свои знания и по своему усмотрению. Потому что, не имея сведений об индивидуальных особенностях организма посетителя аптеки, а также информации о наличии у него сопутствующих заболеваний, он может неумышленно нанести вред его здоровью.

Невзирая на то, что сейчас наблюдается и происходит коммерциализация отношений в аптечных организациях, необходимо помнить, что **главной задачей работников аптечных учреждений** является **обеспечение населения качественными, эффективными и, что немаловажно, доступными лекарственными средствами.** Если в аптеке нет необходимого пациенту лекарства, то нужно сообщить ему адреса или телефоны близлежащих аптек или телефоны справки. Лучшим выходом из этой ситуации будет, если провизор сам позвонит и, узнав о наличии необходимого пациенту лекарства, скажет, куда ему нужно обратиться. Особенно нуждаются в такой помощи пожилые люди. Т.е. на первый план выходит забота о пациенте, а не коммерческий интерес.

В своей профессиональной деятельности провизор должен придерживаться следующего: соблюдать этические нормы в отношении пациента; вселять уверенность в эффективность лечения, лекарственных средств и выздоровления больного; уметь общаться с больными и учитывать их привычки и

интересы; при общении с ними сочувствовать им; уметь разделять чужое горе и поднимать настроение, а также преодолевать чувство безнадежности у больного и его безысходность; понимать невербальные признаки состояния больного (выражение лица, тон голоса, позу); быть всегда доброжелательным и заслуживать расположение и доверие пациента; не допускать в общении с пациентом ошибок и невнимания к тому, что и как говорит больной; избегать поспешности действий; соблюдать профессиональную тайну и конфиденциальность информации во время проведения профессиональной практики [2, 52; 4, 67].

Специалисты, работающие в сфере обращения лекарственных средств, должны способствовать реализации права человека на безопасное и эффективное лечение. При выборе лекарственного препарата по просьбе больного профессиональный долг каждого специалиста содействовать рациональному использованию безопасных лекарств с доказанной терапевтической эффективностью.

Социально-психологический подход к взаимоотношениям провизора и больного (посетителя аптеки) позволяет определить их как особую форму доверительного общения. Установление психологического контакта с больным состоит в умении приспособиться к нему, познать и понять его особенности. Фармацевтический работник должен строго научно дифференцировать больных и соответственно выбирать метод общения с ними. При этом могут быть использованы следующие методы психотерапевтического воздействия на больного: 1. Общая психотерапия: информирование, разъяснение каких-либо вопросов, успокоение больного, эмоциональная поддержка. 2. Специальная психотерапия: убеждение и внушение. 3. Социальная терапия больного: сопереживание, совместная радость в ходе улучшения здоровья, радость выздоровления, активная медикаментозная помощь. Правильный психологический подход к больному - это своего рода уже психотерапия [2, 46].

При общении с посетителями провизор должен проявить следующие качества: 1. Уважение к личности больного; 2. Взаимопонимание с посетителем; 3. Терпимость; 4. Направленность [1, 14].

Дифференциация больных поможет провизору определить форму контакта с ними. По психологическому типу контакты подразделяются: 1. Руководство больным. 2. Сотрудничество с ним [5, 14].

Стиль беседы с больным соответствует форме контакта. **Лидерский стиль беседы** необходим больным, которые нуждаются в опеке, которые испытывают сомнения, являются слабовольными, разочарованными в лечении, во враче, не верящими в лекарство. **Партнерство** необходимо в общении с эмоционально напряженными больными, охваченными страхом. В этом случае рекомендуется применять один из методов психотерапии - метод рассеивания страхов. Одним из самых сильных методов психотерапевтического воздействия является **метод убеждения**. Убеждение есть основа рациональной психотерапии. Используя этот метод, провизор на основании логических доводов и эмоционального убеждения «обращает больного в свою веру» [2, 47]. Поэтому структура первичной беседы с больным должна быть следующей: 1. Установление контакта, атмосферы доверия, откровенности и взаимопонимания; 2. Предоставление больному доступной информации о составе рецепта, фармакологическом действии входящих в пропись ингредиентов; 3. Объяснение больному о способах применения лекарства и правил его хранения в домашних условиях; 4. Нацеливание больного на эффективность лекарственного препарата, описание ему ожидаемого результата; 5. Обсуждение проблемы лекарственной терапии, беспокоившей больного; 6. Подведение итогов беседы. При этом очень важно для провизора решить вопрос, как его принял больной. Для этого надо применить контроль «с помощью обратной связи»: расспросить больного и уточнить воспринятую им информацию [5, 45]. Особенно это важно для посе-

тителей с выраженными эмоциональными расстройствами (страх, тревога, возбудимость, угнетенность и т.д.). Вся беседа с больным должна носить коммуникативный характер и включать информацию, разъяснения, обучение, убеждение, эмоциональную поддержку. Информационная эффективность общения провизора и больного зависит от правильности понимания больным сообщенных ему провизором сведений.

Провизор может быть усталым, по свое утомление он не должен показывать больному, быть ровным и внимательным. Покупатель доверяет такому провизору, который в первую очередь думает о его нуждах, а только потом о себе [2, 48; 3, 63].

Советы провизору на рабочем месте: Проявите сочувствие, если вы видите, что покупатель находится в расстроенных чувствах. Порадуйтесь, когда есть повод для этого. Самое главное - дать каждому человеку понять, что он индивидуален и что вы видите в нем человека, а не очередного безликого посетителя аптеки, которому что-то от вас нужно [3, 47].

Подведем итоги. Провизоры, непосредственно работающие с населением, должны обладать высокой общей и профессиональной культурой общения, уметь найти к посетителю индивидуальный подход. Искусство общения стоит на стыке таких областей знаний, как социальная психология, психотерапия, этика, эстетика, лингвистика, педагогика, риторика. Без знаний психологических особенностей посетителя и без использования психотерапевтических методик сложно построить эффективный процесс коммуникации в аптеке. Пациент приходит в аптечную организацию не только за лекарством, он ждет помощи, совета и консультации и вправе рассчитывать на компетентность, понимание и толерантность специалиста. Умение поддержать больного морально и духовно, не оставлять без внимания его запросы, заботиться о каждом человеке,

обратившимся за помощью в аптеку – в этом состоит высокая миссия современного провизора.

Список литературы:

1. Глембоцкая Г.Т. Фармацевтический менеджмент: модели развития профессиональной культуры общения // Экономический вестник фармации. 2002. N 3.

2. Кострюкова И.Н. Провизор и посетитель аптеки: психология взаимоотношений // Экономический вестник фармации. 2005. N 9-10.

3. Тельпуховская Н. Рецепты успешных продаж в аптеке. М., 2012.

4. Тополова Е. Аптека и покупатель: искусство общения // Новая аптека, 2003. N 4. С.66-68.

5. Тополова Е. К разным клиентам – разный подход // Российские аптеки. 2002. N 9. С.45-46.

ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ ЖЕНЩИН С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Павленко Виктория Александровна
ФГБОУ ВО УГМУ, г. Екатеринбург, Россия

Ключевые слова: женщины с онкологическим заболеванием, рак молочной железы, отношение к болезни.

Данная работа посвящена проблематике отношения к болезни женщин страдающих раком молочной железы до менопаузы и после менопаузы.

Объект - женщины страдающие, раком молочной железы.

Предмет - отношение к болезни женщин страдающих, раком молочной железы.

Цель - оценить отношение к болезни женщин страдающих, раком молочной железы (до менопаузы и после менопаузы).

Задачи:

1) Определить наиболее распространенный тип отношения к болезни у женщин, страдающих раком молочной железы до менопаузы и после менопаузы;

2) Сравнить результаты тестирования женщин, страдающих раком молочной железы до менопаузы и после менопаузы.

Для решения поставленных задач, были использованы следующие методы исследования:

1) метод психодиагностического тестирования (методика ТОБОЛ);

2) метод статистического анализа (критерий Т – Стьюдента).

Гипотеза: между женщинами страдающими, раком молочной железы до менопаузы и после менопаузы существуют различия, выраженные в отношении к болезни.

По статистике Всемирной организации здравоохранения с 2008 по 2012 год количество людей, страдающих онкологическими заболеваниями, неуклонно растет. По оценкам онкологов, второе место по распространенности среди других злокачественных новообразований занимает рак молочной железы, специфика данного заболевания представляет собой не просто угрозу жизни, носит исключительно «женский характер». [9]

Ведущими локализациями в общей (оба пола) структуре онкологической заболеваемости рак молочной железы (РМЖ) занимает второе место(11,4%), у женского населения РМЖ является ведущей онкологической патологией (20,9%).[2]

Актуальность исследуемой темы обусловлена ростом числа онкологических заболеваний, который наблюдается в последние десятилетия. При этом, уровень выживаемости пациенток, страдающих РМЖ, превышает пятилетний показатель, то есть продолжительность жизни больных после проведенного лечения увеличивается. Выживаемость возрастает для многих видов онкологических заболеваний – в частности, для РМЖ, что свидетельствует об эффективности лечения. [9]

Следовательно вопросы отношения к болезни становятся сегодня все более значимыми. Воздействие на свое здоровье непосредственно (с помощью физических упражнений, определенного питания, выполнения предписаний врача), так же через свои представления, чувства, отношение к жизни, болезни, кроме того выздоровление зависит от веры в эффективность лечения, доверия к врачам и адекватного отношения к своей болезни.[8]

Интерес вызывает такой аспект, как «Контроль физических и психологических симптомов во время лечения (побочные эффекты лечения, боль, тревога, депрессия, бред, навязчивые мысли, ложные умозаключения (ипохондрический синдром), астенические состояния, усталость и др.) и отношение к своему заболеванию. [8]

Для проведения психодиагностического исследования была сформирована выборка из 50 женщин, страдающих РМЖ. Выборка была разделена на две группы:

1 группа (до менопаузы), то есть после мастэктомии при сохранности менструального цикла (25 человек);

2 группа (после менопаузы), то есть до того, как пациенткам сделали мастэктомию, они прошли курс химиотерапии, из-за которого у них наступила альтерация менструального цикла (в данном случае, конец менструального цикла) (25 человек).

На момент проведения тестирования женщины находились в Свердловском областном онкологическом центре, отделения маммологии и общей онкологии.

В качестве метода исследования использована: психодиагностическая методика (методика ТОБОЛ).

Методика ТОБОЛ предназначена для психологической диагностики типов отношения к болезни. При такой диагностике была использована типология отношений к болезни, предложенная А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым. Методика позволяет диагностировать следующие типы отношения: сенситивный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, эгоцентрический, паранойяльный, анозогнозический, дисфорический, эргопатический и гармоничный. Для составления текста теста были выбраны наиболее важные, по мнению автора, жизненные сферы, отражающие систему отноше-

ний личности: к самооценке самочувствия, настроения, сна и аппетита, отношение к болезни, к лечению, к врачам и медперсоналу, к родным и близким, к работе (учебе), к окружающим, к одиночеству, к будущему.

Для получения достоверных данных, материалы были обработаны с помощью статистическо – математических методов. В качестве статистических методов был использован статистический пакет Statisticav7.0.61.0. Был применен критерий Т – Стьюдента.

Выявлены распространенные типы отношения к болезни у женщин, страдающих РМЖ (до менопаузы) – смешанный (44%) и анозогнозический (20%).

Смешанный тип (44%) этим пациенткам свойственно: активное отбрасывание мысли о болезни, о ее последствиях; уход от своей болезни в работу; поведение по типу раздражительной слабости, эти пациентки быстро утомляются, у них вспышки гнева на первого встречного, затем раскаянье.

Существует небольшое количество женщин с эргопатическим (16%), гармоническим (12%), тревожным (8%) и это можно отнести к индивидуально личностным реакциям.

Этим женщинам свойственно, уход от своей болезни в другие виды деятельности, в глубине души они понимают, что они больны, но пытаются компенсировать, адекватная оценка своего состояние и болезни, такие пациентки могут трезво оценивать свое состояние, стремятся во всём содействовать успеху лечения и выполняют рекомендации врача, непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения, поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни и методах лечения, в большей степени выражен интерес к объективным данным о болезни (результат анализов, заключение специалиста), неудач лечения, а также возможных (но

малообоснованных) неудач в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью.

Самые распространенные типы отношения к болезни у женщин, страдающих РМЖ (после менопаузы) – эргопатический (48%) и гармоничный (28%).

Смешанный тип отношения к болезни (12%): этим женщинам свойственно либо уход в работу им характерно одержимое отношение к работе, избирательное отношение к лечению и обследованию, которое обусловлено, стремлением продолжить активную трудовую деятельность, либо адекватная оценка своего состояние и болезни, такие пациентки могут трезво оценивать свое состояние, стремятся во всём содействовать успеху лечения и выполняют рекомендации врача

В отличие от первой группы, во второй группе гармоничного типа отношения к болезни на 20% больше. Можно предположить, что это связано либо с тем, что пациентки на протяжении нескольких лет живут с этой болезнью и четко выполняют инструкцию врача (они уже к ней привыкли и знают, что нужно делать для поддержания своей жизни), эти женщины в больницу попали из – за рецидива, либо женщины направляются на операцию после того как прошли химиотерапию, за этот промежуток времени они могли успеть осознать всю тяжесть заболевания и стараются помогать врачам корректно выполнять план лечения.

Используя описательную статистику, были получены следующие результаты:

1) Эмпирическое распределение женщин, страдающих РМЖ до менопаузы не отличается от теоретического нормального распределения (показатели ошибок по ассиметрии и эксцессу являются больше, чем ассиметрия и эксцесс; ASош(0,46)>AS(0,25), ЭКСош(0,9)>ЭКС(0,25); показатели p для кри-

териев Колмогорова – Смирнова(0,2), Лиллиефорса(0,2), Шапиро – Уилка(0,89), являются больше, чем критическое (теоретические) значение p=0,05.

2) Эмпирическое распределение женщин, страдающих РМЖ после менопаузы не отличается от теоретического нормального распределения (показатели ошибок по ассиметрии и эксцессу являются больше, чем ассиметрия и эксцесс; ASош(0,52)>AS(0,46), ЭКСош(0,9)>ЭКС(0,69); показатели p для критериев Колмогорова – Смирнова (0,35), Лиллиефорса (0,2), Шапиро – Уилка (0,6) являются больше, чем критическое (теоретическое) значение p=0,05.

Для доказательства исследования был выбран параметрический критерий Т – Стьюдента. Были получены следующие результаты:

После выполнения расчетов, значение t-критерия оказалось равным 3,09. Находим число степеней свободы как (25 + 25) - 2 = 48. Сравниваем полученное значение t-критерия Стьюдента 3,09 с критическим при p<0,05 значением, указанным в таблице:2,011. Так как рассчитанное значение критерия больше критического, делаем вывод о том, что наблюдаемые различия статистически значимы (уровень значимости p<0,05).

Сравнение 1 группы (до менопаузы) со 2 группой (после менопаузы):

Эмпирическое значение критерия tэмп.=3,09 больше tкрит.=2,011 (при $p \leq 0,05$) говорит о том, что существуют различия между группами.

В результате было выявлено, что различия, выраженные в отношении к болезни, между женщинами страдающими, РМЖ до менопаузы и после менопаузы существуют. Гипотеза о том что, между женщинами страдающими, РМЖ до менопаузы и после менопаузы существуют различия, выраженные в отношении к болезни, подтвердилась.

Женщина, которая узнает о своем состоянии, погружается в ситуацию болезни. Она может реагировать разными, даже не свойственными ей моделями поведения. Не только для специалистов, работающих с этой категорией

больных, но и для врачей важно знать, какое у пациентки отношение к болезни, чтобы корректировать лечение, проводить реабилитацию и назначать психотерапию.

Список литературы:

1. *Вассерман Л. И. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей / Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев. – СПб. : Психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, 2005. – 32 с.*

2. *Ильин Е. П. Психология индивидуальных различий / Е. П. Ильин. - СПб. : Питер, 2004. – 701 с.*

3. *Иовлев Б. В. Об отношении к концепции отношений в медицинской психологии / Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова. – СПб.: Питер, 1999. – 85 с.*

4. *Каприна А. Д. Злокачественные новообразования в России в 2013 году (заболеваемость и смертность)/ А. Д. Каприна, В. В. Старинского. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «ФМИЦ им. П.А. Герцена» Минздрава России, 2015. – 250 с.*

5. *Мясищев В. Н. Введение в медицинскую психологию / В. Н. Мясищев, М. С. Лебединский. – Л. : Медицина, 1996. – 431 с.*

6. *Мясищев В.Н. Психология отношений: Избранные психологические труды / В.Н.Мясищев. – М. :Модэк МПСИ, 2004. – 398 с.*

7. *Саймонтон К. Психотерапия рака / К. Саймонтон. – СПб. : Питер, 2001. – 288 с.*

8. *Тарабрина Н. В. Онкопсихология: посттравматический стресс у больных раком молочной железы / Н. В. Тарабрина, О. А. Ворона. – М. : Изд-во «Институт психологии РАН», 2010. –175с.*

9. *Черенков В. Г. Клиническая онкология / В. Г. Черенков. – М. : МК, 2010. – 434 с.*

10. Чиссов В. И. Онкология / В. И. Чиссов, С. Л. Дарьялова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 560 с.

РОЛЬ ПОЗИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЯТРОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Перебейносов Владимир Леонидович,Мирошник Александр Алексеевич
Научный руководитель - Смирнова Светлана Викторовна
ФГБОУ ВО «АмГУ», г. Благовещенск, Россия

Ключевые слова: ятрогения, воздействие врача, позитивная психотерапия, профилактика.

В настоящий момент, важность профилактических мероприятий направленных на предотвращение негативных последствий врачебных ошибок очень велика. С развитием медицины и усложнением профессионального инструментария, необходимо помнить, что эффективность любой терапии зависит в первую очередь о самого врача. Одним из таких факторов является знания врача о психологических факторах воздействия на болезнь.

Ятрогения - изменения здоровья пациента к худшему, вызванные неосторожным действием или словом врача.В последнее время, интерес к исследованию ятрогении с психологической точки зрения возрос, что может быть связано с обнаружением всё больших отрицательных влияний врачей на психологическое состояние пациентов. Зачастую, неосторожное слово, объяснение или действие, вызывает у человека, страдающего каким-либо заболеванием, ещё и психологические проблемы, такие как депрессию, тревожные состояния или даже ипохондрические реакции. По данным исследований, общее число ятрогений в лечебных учреждениях составляет 25-45%[2].

Чтобы избежать данного влияния и устрашающих цифр статистики, необходимо найти эффективные методы, которые позволят врачу лучше понять

воздействие его слов на ход течения болезни, а также не допустить негативных последствий. Такой метод мы видим в применении позитивной психотерапии, а именно - обучении основам позитивной психотерапии практикующих врачей.

Основные положения этого метода заключаются в том, что: каждый человек, достаточно хорош по своей природеи от рождения обладает двумя основными способностями: познавать и любить.Каждый наделен в полной мере всеми необходимыми индивидуальными способностями, чтобы жить счастливо;каждый человек имеет доступ к неисчерпаемым возможностям жизни для своего личностного роста, индивидуального раскрытия.

Неоспоримым достоинством метода является доступность егоосвоения для разных социальных и возрастных групп. Простота языка, системный подход, обучение самопомощи могут стать ресурсом для его применения в профессиональной деятельности врача. Это важно и потому, что симптом или расстройство может рассматриваться под углом транскультурного подхода, дающего понимание того , что все люди с одной стороны в чем то похожи , но при этом все они-разные. [5].

Позитивная психотерапия может помочь специалистам из области медицины в развитии у них актуальных способностей, которые помогли бы им в профессиональной деятельности [1]. Для врача очень важными актуальными способностями являются ответственность и надёжность, это необходимо для того, чтобы пациент доверял слову специалиста и испытывал при этом надежду и усердие по отношению к лечению болезни и обретению здоровья.

Подготовка сотрудников помогающих профессий в методе позитивной психотерапии активно практикуется в странах Европы и на протяжении десятилетий доказала свою эффективность.

Включение курса позитивной психотерапии в практику подготовки специалистов помогающих профессий, в частности-медицинских работни-

ков,позволит специалистам: более глубоко понимать сущность внутреннего мира пациента; концептуализировать проблему или расстройства в рамках целостной картины мира больного человека; подходить дифференцировано к построению специфики лечебного взаимодействия с каждым конкретным пациентом.

Все вышеуказанное, на наш взгляд, способствует профилактике ятрогенных заболеваний у пациентов и синдрома профессионального сгорания у специалистов.

Список литературы:

1. *Пезешкиан Х., Воронов М. Введение в позитивную психологию и психотерапию. / Х. Пезешкиан, М. Воронов. – Харьков: 2003. — 66 с.*

2. *Непрокина И.В. // 10-й Национальный конгресс по болезням органов дыхания : тез. докл. – СПб., 2000. – С. 102.*

3. *Смирнова С.В. Специфика подготовки кадров для психологического сопровождения лечебно-диагностического процесса.//Сборник трудов по материалам международной научной конференции «Образование и социализация человека в современных условиях». – Благовещенск: Изд-во АмГУ. 2013. - С. 84-89*

4. *Кириллов И.О. Супервизия в позитивной психотерапии. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. СПб., 2002.*

5. *Фурсова С. А. Позитивная психотерапия Н.Пезешкиана[Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.psychologos.ru/articles/view/pozitivnaya_psihoterapiya_n.pezeshkiana (дата обращения: 24.10.2016).*

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В СТРУКТУРЕ ЛИЧНОСТИ КУРЯЩИХ ПОДРОСТКОВ

Перегуда Дарья Вячеславовна, Николаевская Ангелина Олеговна
ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, г. Курск, Россия

Ключевые слова: эмоциональный интеллект, подростковый возраст, курение, личность.

Отдельные социологические исследования, проведенные в нашей стране, свидетельствуют об увеличении доли курящих среди лиц женского пола, детей и подростков [4]. Треть подростков в возрасте от 12 до17 лет хотя бы один раз делали попытку курить сигареты [2]. При этом общепризнанным является тот факт, что возраст является важным фактором, рассматриваемым в качестве патопластического, влияющего на клиническую картину и течение психической патологии, включая разные формы зависимого поведения, в том числе табачной зависимости [6]. С позиции возрастной психологии исследователи относят подростковый возраст, как к кризисным периодам развития индивида, так и к сенситивным по отношению воздействия среды. Именно в этот период наблюдается плодотворное формирование личности как субъекта. С точки зрения современных представлений о личности курящих подростков представляется интересным рассмотрение понятия эмоционального интеллекта [1,3]. Изучение последнего в структуре личности курящих подростков считается актуальным для решения проблемы охраны здоровья и профилактики зависимости от психоактивных веществ [5].

Цель исследования − установление выраженности составляющих эмоционального интеллекта в структуре личности курящих подростков.

Материал и методы исследования. В основу настоящей работы легли результаты обследования на добровольной основе особенностей личности курящих подростков, которые характеризовались отсутствием табачной зависимости (никотинизма). Всего в исследовании приняли участие 36 респондентов – учеников старших классов школы № 27 им. А.А. Дейнеки города Курска в возрасте от 16 до 17 лет. Основную группу составили 17 курящих подростков (стаж табакокурения от полугода до двух лет), контрольную − 19 некурящих испытуемых.

При проведении исследования использовалась многофакторная анкета для сбора анамнеза и определения социального положения подростков. Психологический статус оценивался путем комплексного экспериментально-психологического тестирования с использованием таких технологий:

1. Тест на эмоциональное сочувствие − уровень эмпатийных тенденций И.М. Юсупова, позволяющий определить общий уровень эмпатии на основе диагностики факторов, обуславливающих развитие у субъекта эмпатийного потенциала (способность к принятию роли; сензитивность; опыт данного переживания в эмоциональной памяти испытуемого);
2. Тест эмоционального интеллекта Холла, предназначенный для выявления способности понимать отношения личности, репрезентируемые в эмоциях, и управлять эмоциональной сферой на основе принятия решений.

Были задействованы следующие статистические технологии: 1) описательная статистика; 2) непараметрический критерий U Манна-Уитни для проверки гипотезы о различиях в двух несвязанных независимых выборках. Статистическая обработка данных проводилась с использованием статистического пакета фирмы StatSoft STATISTICA, версия 6.0.

Результаты исследования. По итогам проведенного исследования нами были установлены особенности эмоционального интеллекта у курящих подро-

стков. В целом, управление своими эмоциями (p-level=0,003), способность к самомотивации на достижение поставленных целей (p-level=0,004), проявление эмпатических способностей (p-level=0,002) у курящих подростков было развито хуже по сравнению с их некурящими сверстниками. Такие результаты могут быть следствием, как личностных особенностей респондентов, так и самим фактом табакокурения, которое в свою очередь мотивирует их на развитие подавления эмоций в ущерб конгруэнтному выражению.

Выяснение дополнительных особенностей эмоционального интеллекта в структуре личности курящих подростков требует дальнейших исследований. Результаты проделанной работы могут быть полезны, педагогам, практикующим психологам, работающим с указанной группой лиц, поскольку данное исследование показывает, что рассматриваемая структура личности курящих подростков старшего подросткового возраста требует особого внимания.

Список литературы:

1. *Андреева И.Н. Понятие и структура эмоционального интеллекта / И.Н. Андреева // Материалы 6-й Международной научно-практической конференции «Социально-психологические проблемы ментальности», Смоленск: СПГУ. – 2004. – С. 22–26.*

2. *Батожаргалова Б.Ц. Табакокурение у подростков [Электронный ресурс] / Б.Ц. Батожаргалова // 2012. – № 5. Режим доступа: http://cyberleninka.ru/article/n/tabakokurenie-u-podrostkov.*

3. *Вахрушева Л.Н. Выраженность структурных и качественных характеристик эмоционального интеллекта на этапе юности и ранней взрослости:автореф. дис. … канд.пс.н. / Л.Н. Вахрушева // – М., 2011. – С. 35-39.*

4. Геппе Н.А. Курение табака у детей и подростков: влияние на состояние здоровья и профиалктика / Н.А. Геппе // Пульмонология и аллергология. – 2007. - № 3. – С. 15-18.

5. Давыдова Ю.В. Эмоциональный интеллект: сущностные признаки, структура и особенности проявления в подростковом возрасте / Ю.В. Давыдова // Дисс. канд. пс. н. – М., 2011. – С. 26-33.

6. Надеждин А.В. Влияние возрастного фактора на клинику наркологических заболеваний / А.В. Надеждин // Наркология. – 2016. – № 5. – С.90-99.

ОТНОШЕНИЕ К СМЕРТИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С РАЗНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СТРАТЕГИЕЙ

Пинегина Наталья Михайловна
ФГБОУ ВО «ВГУ», г. Воронеж, Россия

Ключевые слова: сахарный диабет, жизненная стратегия, отношение к смерти.

Человек – единственное существо, которое осознает свою смертность и может делать ее предметом размышления. Но неизбежность собственной смерти воспринимается человеком отнюдь не как отвлеченная истина, а вызывает сильнейшие эмоциональные потрясения, затрагивает самые глубины его внутреннего мира. Впервые человек обращается к таким экзистенциальным вопросам, как жизнь и смерть, либо в период, когда возникает сильнейшая потребность в осознании себя как личности, понимания своего места в мире, либо когда узнаёт о своём тяжелом соматическом заболевании.

Изучение психологических особенностей людей с теми или иными соматическими заболеваниями – давний и достаточно устойчивый предмет интереса клинических психологов. В настоящем исследовании мы обратимся к такому соматическому заболеванию как сахарный диабет. Это заболевание относится к одной из важнейших медико-социальных проблем современной медицины.

Известие о заболевании сахарным диабетом – почти всегда сильный стресс для человека. Жизнь и смерть в этой сложной ситуации воспринимается иначе, чем здоровыми людьми. Люди, зная о своем диагнозе, начинают реально задумываться о смерти, и многое в их поведении зависит от индивидуальных

психологических особенностей личности, в частности, от жизненной стратегии человека.

Проблема жизненных стратегий стала рассматриваться в психологии в последние десятилетия XX века. Интенсивность жизни человека в настоящее время такова, что часто ему даже некогда задуматься, чего он хочет от жизни, живет ли он в соответствии с собой: «власть над жизнью приобретают дела, а сам человек незаметно оказывается только ответчиком за то, сколько он успел сделать» [1, с. 3]. Однако «от стихийного способа жизни человек может перейти к такому, который он будет определять сам. Суть этого определения в выборе условий, направления жизни, в построении соответствующей жизненной стратегии» [1, с. 7].

Мы будем в нашем исследовании придерживаться типологии жизненных стратегий Э. Фромма, согласно которой индивид в своей жизни может следовать одной из четырех стратегий: «Иметь» – стратегия, при которой человек стремится к получению максимума материальных благ, статуса, не придерживаясь при этом общих этических ценностей; «Быть» – стратегия, при которой человек стремится к раскрытию своих способностей и потенциала, придерживается ценностей доброты, любви, развития, познания, веры; «Иметь, чтобы быть» – жизненная стратегия, при которой человек стремится к максимальной реализации своего потенциала и придерживается ценностей человечности, при этом считает, что для их реализации необходим определенный достаток и статус в обществе; «Не иметь, не быть» – пассивная жизненная стратегия, при которой человек не строит свою жизнь сам, поддается роли обстоятельств [2].

Эмпирическое исследование проводилось на базе БУЗ ВО «ВГКБСМП № 10». Объектом эмпирического исследования выступили 100 человек, которые больны сахарным диабетом (51 мужчина и 49 женщин).

В исследовании использовался метод стандартизированного самоотчета и проективный метод сбора эмпирической информации, которые реализовывались в следующих психодиагностических методиках: 1) «Методика Ш. Шварца для изучения иерархии ценностей, как одной из составляющих жизненной стратегии; 2) шкальная техника «Тест смысложизненных ориентации (СЖО)» Д. А. Леонтьева (субшкалы «Цели в жизни», «Локус контроля-Я (Я – хозяин жизни)», «Локус контроля-жизнь») для изучения уровня осознанности жизненных целей, активной или пассивной жизненной позиции как составляющих жизненной стратегии; 3) методика «Незаконченные предложения» Сакса − Сиднея (модификация Е. Сергеевой, Н. М. Пинегиной) – направлена на изучение содержания смысла жизни человека как одной из особенностей жизненной стратегии; 4) методика «Метафоры личной смерти» Дж. МакЛеннана («Metaphors of Personal Death» − RDFS) – позволяет диагностировать особенности представлений о смерти, а именно определять наличие негативного или позитивного отношения к смерти; 5) методика «Ваше отношение к смерти» − автор Л. Б. Шнейдер; 6) методика «Незаконченные предложения» Сакса − Сиднея (модификация А. А. Гуриной) – направлена на изучение когнитивного компонента отношения к смерти.

В результате исследования отношения к смерти больных сахарным диабетом с разной жизненной стратегией мы пришли к следующим выводам:

1) для 24 больных сахарным диабетом из 100 характерна следующая иерархия ценностей: власть, гедонизм и самостоятельность. Для данной группы больных характерен средний уровень осмысленности жизни. Больные сахарным диабетом в равной степени ориентированы на прошлое, настоящее и будущее. Что касается локуса контроль-Я, то здесь прослеживается тенденция недостаточной уверенности в себе. Большинство больных сахарным диабетом ещё не определили для себя степень управляемости жизни, т.е. дано ли челове-

ку контролировать свою жизнь, свободно принимать решения, или же жизнь человека неподвластна сознательному контролю, а свобода выбора иллюзорна. В качестве смысла жизни больные сахарным диабетом определяют деньги, карьеру и удовольствие;

б) для 10 больных сахарным диабетом из 100 характерна иная иерархия ценностей: доброта, достижение и стимуляция, также характерен как высокий, так и средний уровень осмысленности жизни. Больные сахарным диабетом ориентированы на будущее. Что касается локуса контроль-Я, то здесь прослеживается тенденция недостаточной уверенности в себе всех испытуемых. Они не верят в свои силы контролировать события в собственной жизни. Большинство больных сахарным диабетом, ещё не определили для себя степень управляемости жизни. Однако, для больных сахарным диабетом наблюдается повышение возможности контролировать свою жизнь, свободно принимать решения. В качестве смысла жизни больные сахарным диабетом определяют счастье и здоровье близких людей, любовь, самореализацию, интересную жизнь;

в) для 33 больных сахарным диабетом из 100 характерна следующая иерархия ценностей: достижение, универсализм и безопасность. Для данных испытуемых характерен средний уровень осмысленности жизни. Больные в равной степени ориентированы на прошлое, настоящее и будущее. Что касается локуса контроль-Я, то здесь прослеживается тенденция недостаточной уверенности в себе всех испытуемых. Они не верят в свои силы контролировать события в собственной жизни. Большинство больных сахарным диабетом, ещё не определили для себя степень управляемости жизни. Однако, для больных сахарным диабетом наблюдается повышение возможности контролировать свою жизнь, свободно принимать решения. В качестве смысла жизни больные сахарным диабетом определяют достижение целей, развитие, стабильность и гармония;

г) для 33 больных сахарным диабетом из 100 характерна следующая приоритетность ценностей: конформность, традиции и безопасность, также характерен средний уровень осмысленности жизни. Больные в равной степени ориентированы на прошлое, настоящее и будущее. Что касается локуса контроль-Я, то здесь прослеживается тенденция недостаточной уверенности в себе всех испытуемых. Они не верят в свои силы контролировать события в собственной жизни. Большинство больных сахарным диабетом ещё не определили для себя степень управляемости жизни. В качестве смысла жизни больные сахарным диабетом определяют здоровье детей, нравственную жизнь, порядочность по отношению к людям, постоянное покаяние и осмысление прожитого, красоту и Бога;

д) у 24 человек из 100, больных сахарным диабетом (24 %) выражена жизненная стратегия «Иметь». У 10 человек из 100, больных сахарным диабетом (10 %) преобладает жизненная стратегия «Быть». У 33 человек из 100, больных сахарным диабетом (33 %) доминирует жизненная стратегия «Иметь, чтобы быть». У 33 человек из 100, больных сахарным диабетом (33 %) выражена жизненная стратегия «Не иметь, не быть»;

е) для больных сахарным диабетом с выраженной жизненной стратегией «Иметь» свойственна убеждённость в собственном бессмертии, вера в своей исключительности и переживание страха и отрицание собственной смерти;

ж) для больных сахарным диабетом с выраженной стратегией «Быть» свойственно смирение с фактом собственной смерти, принятие её неизбежности, но при этом они переживают горе и отчаянье;

з) для больных сахарным диабетом с выраженной жизненной стратегией «Иметь, чтобы быть» характерно принятие факта собственной смерти, они осознанно принимают неотвратимость своей смерти, но при этом не впадают в отчаянье и депрессию;

и) для больных сахарным диабетом с выраженной жизненной стратегией «Не иметь, не быть» характерно вытеснение мысли о собственной смерти, избегание принятия смерти и её боязнь.

к) нами были обнаружены статистически значимые различия в когнитивном и эмоциональном отношении к смерти больных сахарным диабетом с разной жизненной стратегией.

Таким образом, исследование отношения к смерти больных сахарным диабетом с разной жизненной стратегией еще далеко от завершения. Осознавая конечность своего земного существования, и задаваясь вопросом о смысле жизни, человек начинает вырабатывать и собственное отношение к смерти.

Список литературы:

1. *Абульханова-Славская К. А. Стратегия жизни / К. А. Абульханова-Славская. − Москва : Изд-во Мысль, 1991. − 301 с.*

2. *Фромм Э. Иметь или быть / Э. Фромм. − Москва : Прогресс, 1990. − 330 с.*

ИЗУЧЕНИЕ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА О ФЕТАЛЬНОМ АЛКОГОЛЬНОМ СИНДРОМЕ

Ременюк Юлия Олеговна, Бурина Екатерина Александровна
ФГБОУ ВПО СПбГУ, г. Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: фетальный алкогольный синдром, осведомленность, женщины детородного возраста, профилактика.

Употребление алкоголя женщинами в период беременности представляет актуальную и серьезную проблему для здравоохранения в России. В международной классификации болезней представлен диагноз - фетальный алкогольный синдром (ФАС) - расстройство, возникающее вследствие употребления алкоголя матерью в пренатальный период. Заболевание неизлечимо и остается на всю жизнь [2].

Все клинические проявления фетального алкогольного синдрома можно разделить на три группы:

1. Мозговые аномалии и расстройства, связанные с деятельностью центральной нервной системы;
2. Пренатальный и/или постнатальный дефицит роста и веса;
3. Специфические особенности строения лица (короткая глазная щель, сглаженный губной желобок, тонкая верхняя губа) [1].

На данном этапе еще не выявлены причины возникновения ФАС. В целом, к ним можно отнести: возраст матери, количество детей, генетическую предрасположенность, традиции употребления алкоголя в обществе и окружении, а также факторы, относящиеся к употреблению алкоголя (доза, время, длительность употребления) [4, 233]. При этом доказано, что не у каждой женщи-

ны, употребляющей алкоголь, рождается ребенок с ФАС. Однако такие женщины находятся в группе высокого риска.

Целью данного исследования явилось изучение осведомленности женщин детородного возраста о фетальном алкогольном синдроме. Для реализации цели исследования, были поставлены следующие задачи:

1. Проанализировать осведомленность женщин о ФАС (на 1-ом замере и через 12 месяцев);
2. Провести качественный анализ знаний респонденток о ФАС.

Дизайн и методы исследования

Данная работа проводилась среди ряда мероприятий и исследований, выполняемых при поддержке Международного Центра Фогарти и Национальных Институтов Здоровья США в рамках исследовательского гранта №R01AA016234 «Профилактика фетального алкогольного синдрома и нарушений нейроразвития у детей в России», руководитель – Т.Н. Балашова (Центр Наук о Здоровье Университета Оклахомы, США) [1]. Все материалы исследования были разработаны группой профилактики ФАС в рамках данного проекта.

Участницы исследования набирались в 10 женских консультациях города Санкт-Петербурга, выбранных случайным образом и разделенных на 5 экспериментальных и 5 контрольных.

Для удовлетворения критериев включения в исследование все женщины изначально проходили скрининг, затем с ними проводились базовое интервью, а также последующее интервью через 12 месяцев. Вопросы интервью были направлены на изучение социально-демографических характеристик женщин, алкогольное поведение, а также на выявление знаний респонденток о ФАС.

Дополнительно в экспериментальных консультациях с каждой респонденткой проводилось краткосрочное психологическое вмешательство врачом-

гинекологом. Врачи были специально обучены данному методу профилактики [3]. Все женщины получали информационные материалы о вредоносном влиянии алкоголя на здоровье, о ФАС и о средствах контрацепции.

Описание выборки исследования

В исследовании приняли участие 90 женщин, проживающих в Санкт-Петербурге, в возрасте от 18 лет до 41 года (средний возраст – 26 лет), различного социального и семейного положения. По данным интервью, никто из женщин не проходил специального лечения, связанного с алкогольной зависимостью.

По дизайну исследования выборка была разделена на две равночисленные группы:

1. Экспериментальная группа (45 женщин, средний возраст - 26 лет);
2. Контрольная группа (45 женщин, средний возраст - 26 лет).

Данные группы статистически значимо не различались по социально-демографическим характеристикам: как в экспериментальной, так и в контрольной группе более чем у половины женщин (54% и 59% соответственно) имеется высшее образование. У остальной части выборки – неоконченное высшее или среднее специальное образование. Также большинство женщин (76% и 73%) не имеют детей.

Результаты исследования

Изначальный уровень знаний женщин детородного возраста о ФАС можно продемонстрировать с помощью процентных показателей. При первом замере (по результатам интервью) было получено, что 22% женщин (n=10) из экспериментальной группы указывали, что уже знали о ФАС. Соответственно, 78% женщин (n=35) заявляли об отсутствии любой осведомленности о фетальном алкогольном синдроме. В свою очередь данные контрольной группы пред-

ставляли схожее распределение и статистически не отличались от экспериментальной.

По результатам 2-го замера (через год после 1-го) были получены следующие данные: в экспериментальной группе 93% респонденток (n=42) заявили об осведомленности о ФАС. При этом 7% (n=3) дали отрицательный ответ. Результаты показывают, что в контрольной группе 73% участниц (n=33) ответили утвердительно на вопрос об осведомленности о ФАС, а 4% (n=2) заявили о неуверенности в знании о ФАС, дав ответ «не знаю». 23% (n=10) указали на то, что они вовсе не осведомлены.

Полученные данные демонстрируют, что в экспериментальной группе увеличение осведомленности женщин о ФАС составляет 71%, а в контрольной группе - 51%.

Результаты второго замера показывают значительное увеличение уровня осведомленности женщин о ФАС. Логично предположить, что на данное изменение осведомленности в экспериментальной группе повлияло краткосрочное психологическое вмешательство. Хотя нельзя однозначно сделать данный вывод, в силу того, что не учитывались иные факторы, такие как, например: личность врача, информационные материалы, а также ценностно-мотивационная сфера личности респондентки и др.

В контрольной же группе результаты свидетельствует о значительном увеличении количества осведомленных женщин, но в данной группе краткосрочного психологического вмешательства не проводилось. Сложно однозначно предположить, что повлияло на увеличение уровня осведомленности. Возможно, это влияние информационных материалов, которые выдавались женщинам в обеих группах, сам факт внимания к проблеме здоровья и ФАС в частности, также могли повлиять такие характеристики как социальная желатель-

ность, либо узнавание, которое могло возникнуть благодаря повторному предъявлению вопросов о ФАС.

Для получения более полной картины осведомленности женщин детородного возраста о ФАС были проанализированы ответы на частные вопросы (длительность, проявления синдрома и т.д.), а также сравнивалась субъективная оценка женщин своей осведомленности о ФАС с правильностью ответов. В связи с этим, все ответы были разделены на 3 категории: участница отвечает на все вопросы правильно, частично правильно или отвечает на все вопросы неверно.

В результате, полученные данные в экспериментальной группе распределились следующим образом: 93% респонденток (n=42) заявили о полной осведомленности о ФАС. При этом из них 52% испытуемых (n=22) ответили правильно на все вопросы о ФАС, а 48% (n=20) ответили частично правильно.

Данные, полученные в контрольной группе, демонстрируют следующие результаты: 48% респонденток (n=16) обладают объективными знаниями о ФАС; 46% (n=15) обладают частичными знаниями о ФАС; 6% (n=2) не осведомлены о ФАС вовсе. При сопоставлении объективных знаний о ФАС и ответа на вопрос об общей осведомленности было выявлено, что после 2-го замера 73% участниц (n=33) заявили о своей осведомленности о ФАС. Результаты качественного анализа выявили, что лишь 67% респонденток (n=22) ответили правильно на все вопросы. Следовательно, 33% (n=11), заявив об осведомленности о ФАС, не подтвердили ее в конкретных вопросах. Таким образом, можно сделать вывод о том, что данные женщины не знают о ФАС, либо их знания фрагментарны. Однозначно объяснить полученную тенденцию сложно. Можно предположить, что причиной могут являться такие факторы, как забывчивость, невнимательность, и многие другие личностные особенности женщин.

Список литературы:

1. Балашова Т.Н., Волкова Е.Н., Исурина Г.Л., Пальчик А.Б., Цветкова Л.А., Шапкайц В.А. Фетальный алкогольный синдром. СПб., 2012.

2. Балашова Т.Н., Дикке Г.Б., Исурина Г.Л. и др. Профилактика фетального алкогольного синдрома в работе акушера-гинеколога – М., 2012.

3. Бурина Е.А. Фетальный алкогольный синдром и краткосрочное психологическое вмешательство как метод его профилактики. Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. 2016. Т. 9. № 3. С. 50-54.

4. Dannaway D. C., Mulvihill J. J., Fetal Alcohol Spectrum Disorder // NeoReviews – 2009 – Vol. 10, No. 5 – P. 233-234.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАЩИТЫ И КОПИНГ У ЛЮДЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ПРИВЯЗАННОСТИ

Рудакова Дарья Александровна

Научный руководитель - Федотов Илья Андреевич

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия

Ключевые слова: привязанность, копинг поведение, механизмы психологической защиты.

Начиная с раннего детства, привязанность является необходимым компонентом любых межличностных отношений. Она основывается на потребности в психологической безопасности, устанавливается в результате длительного взаимодействия и отличается избирательностью, эмоциональностью и относительной устойчивостью. [1] Тип привязанности - устойчивый стиль мышления, чувства и поведения в ситуациях межличностного взаимодействия. Он определяется двумя независимыми социально-психологическими установками и делится на 4 типа: автономный, сверхзависимый, псевдоавтономный, дезориентированный. [4]

Цель работы состоит в изучении механизмов копинг-поведения и психологической защиты людей с различными типами привязанности.

Гипотеза: Существует связь между типом привязанности и механизмами копинга и психологической защиты.

Исследование проводилось на базе ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России и ГБОУ ВПО РГУ им. С.А. Есенина со студентами второго курса в возрасте от 18 до 50 лет (Средний по выборке возраст = 24,3 (SD=4,1) лет). В исследовании в общей сумме приняли участие 63 человека.

В исследовании использовалось 3 методики:

1. ***Опросник «Способы совладающего поведения» Лазаруса*** использовался с целью определения копинг-механизмов и копинг-стратегий. [3]

2. ***Методика «Индекс жизненного стиля»(LSI) Плутчика Келлермана*** предназначен для диагностики механизмов психологической защиты «Я».

3. ***Методика «Самооценка генерализованного типа привязанности»*** представляет собой 4 утверждения каждое из которых соответствует своему типу привязанности. [4]

Для обработки результатов исследования использовался пакет прикладных программ статистической обработки данных STATISTICA 6.0, а также программа MS Excel 2003, корреляционный анализ проводился с использованием коэффициента r Пирсона. В результате полученные эмпирические данные свидетельствовали о том, что существуют статистически важные различия между типами привязанностями и используемыми им механизмами совладания и психологической защиты.

В качестве основных выводов можно выделить следующие положения:

1) Люди, обладающие привязанностью автономного типа, обладают наиболее благоприятными характеристиками для налаживания межличностного отношения

2) Люди, обладающие привязанностью сверхзависимого типа, активно используют неадаптивные механизмы психологических защит при относительно низких показателях совладающего поведения, что мешает благополучному взаимодействию с окружающими и налаживанию межличностных отношений

3) У людей, обладающих привязанностью псевдоавтономного типа, наблюдается снижение показателей по совладающему поведению и незначительные связи с механизмами психологической защиты, что снижает качество

их взаимодействия, но при этом оставляя их достаточно адаптивными в отношениях.

4) Люди, обладающие дезориентированным типом привязанности склонны использовать механизмы психологической защиты в сверхинтенсивной степени, что в купе с неадаптивными механизмами копинг поведения оказывают негативное влияние на налаживание межличностных отношений.

Список литературы:

1. *Боулби Дж. Привязанность [Текст] / Дж. Боулби. – Москва: Гардарики, 2003. – 477С.*

2. *Казанцева Т. В. Социально-психологические детерминанты межличностной привязанности: дис. ... кандидата псих. наук / Казанцева Татьяна Валерьевна; Санкт-Петербургский государственный университет. – СПб.– 2011. – 205 С.*

3. *Крюкова Т.Л., Куфтяк Е.В. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) / Журнал практического психолога. – Москва: 2007.– № 3. – С. 93-112.*

4. *Шустов Д.И., Федотов И.А., Новиков С.А. Жизненный сценарий в свете теории функциональных систем П.К. Анохина (в поиске точек соприкосновения психологии, психиатрии и психофизиологии) / Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова. 2013 - № 3, стр. 172-176*

5. *Ainsworth M. Object relations, dependency and attachment: a theoretical review of the infant-mother relationships / M. Ainsworth// Child Development – 1969. – Vol. 40. – P. 969-1025.*

6. *Bartholomew K. Attachment styles among young adults: A test of a four-category model / K. Bartholomew, L. M. Horowitz // Journal of Personality and Social Psychology. – 1991. – Vol. 61. – P. 226-244.*

7. *Weiss, R. S. The attachment bond in childhood and adulthood / Ed. by C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde // Attachment Across the Life Cycle. – London: Routledge. – 1991. – P. 171-184.*

СУИЦИД СРЕДИ ВРАЧЕЙ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Рузиева Гульноза Хамиджановна, Парпиев Шахзод Расулович
ТМА, г.Ташкент, Узбекистан

Ключевые слова: эмоциональное выгорание, профессиональное выгорание, невротические расстройства, соматоформные расстройства, нарушения адаптации, профессиональная деформация.

На сегодняшний день "профессиональное выгорание" в наиболее общем виде понимается как долговременная стрессовая ситуация, возникающая вследствие продолжительных профессиональных стрессов средней интенсивности и рассматривается в аспекте личной деформации профессионала под влиянием длительного профессионального стажа. Данная проблема актуальна в настоящее время и требует детального изучения особенностей проявления выгорания, уточнения симптомов и факторов, обуславливающих его формирование в профессиональной деятельности медиков, своевременного выявления, разработки научно обоснованных оздоровительных программ, ориентированных на профилактику профессиональных деформаций и заболеваний, а также на восстановление психоэнергетического потенциала работников. Профессиональное выгорание возникает в результате внутреннего накапливания отрицательных эмоций без соответствующей "разрядки" или "освобождения" от них, ведет к истощению эмоционально-энергетических и личностных ресурсов человека.

Еще в XVII в. известным голландским врачом Н. Ван-Тюльпом была предложена символическая эмблема медицинской деятельности - горящая свеча. "Светя другим, сгораю сам" ("Alis inserviendo consumor"), - этот девиз меди-

цинских работников предполагает высокое служение, самоотверженную отдачу всего себя, всех своих физических и нравственных сил профессии и людям.

У медицинских работников, попавших под действие синдрома профессионального выгорания, ярко выражаются его симптомы. Они теряют психическую энергию, быстро утомляются. Проявляются психосоматические проблемы, такие как колебания артериального давления, головные боли, заболевания пищеварительной системы, бессонница, раздражительность и т.д. В результате появляется негативное отношение к пациентам, снижение мотивации к работе, агрессивность и повышенная конфликтность при общении с коллегами.

Родоначальником исследований феномена профессионального выгорания признается американский социальный психолог Кристина Маслач, далее изучением синдрома занимались и занимаются как зарубежные (М. Лейтер, С. Джексон, Б. Пельман, Е. Хартман, В. Шауфели, Э. Пайнс, К. Уолтер и др.), так и отечественные (В. Бойко, Г. Макарова, Н. Водопьянова, Е. Старченкова, Л. Китаев-Смык, В. Орел, Ю. Петрова, Л. Юрьева, Н. Самоукина, С. Бабанов) ученые. В то же время, если синдром выгорания как следствие рабочих стрессов уже более 30 лет широко исследуется в зарубежной психологии, то в отечественной науке интерес к нему возник сравнительно недавно, в связи с чем данная проблематика не получила пока должного рассмотрения и говорить о широкомасштабных исследованиях данного феномена, о внедрении разработок по профилактике выгорания в профессиональную сферу еще рано.

Понятие профессионального выгорания. Впервые термин burnout (выгорание, сгорание) был введен американским психиатром Х. Фреденбергом [Freudenberger H. J., 1974]. Под выгоранием подразумевалось состояние изнеможения в совокупности с ощущением собственной бесполезности, ненужности. Однако термин широко вошел в научную литературу и психотерапевтическую практику после многочисленных публикаций К. Маслач (Маслах)

[Maslach C., 1976; 1978 (а); 1978 (б); 1981; 1982 и др.]. В 1982 г. вышла ее книга "Выгорание - плата за сочувствие", в которой она представила результаты своих обширных исследований этого печального явления. Ее новый взгляд на проблемы стресса сразу был принят множеством ученых и психологов-практиков во всех странах.

С***имптомы профессионального выгорания.*** К профессиональным факторам риска выгорания относятся: когнитивно-сложные коммуникации; эмоционально-насыщенное деловое общение; высокие требования к постоянному саморазвитию и повышению профессиональной компетентности;высокая ответственность за дело и за других людей;высокая динамичность и большое количество служебных контактов;необходимость быстрой адаптации к новым людям и быстро меняющимся профессиональным ситуациям;высокие требования к самоконтролю и интерперсональной чувствительности.

Склонность более молодых по возрасту к выгоранию объясняется эмоциональным шоком, который они испытывают при столкновении с реальной действительностью, часто несоответствующей ожиданиям.Что касается взаимоотношений между полом и выгоранием, то здесь существуют противоположные точки зрения на то, кто более подвержен процессу выгорания - мужчины или женщины. Установлено, что у мужчин более высокие баллы по деперсонализации, а женщины в большей степени подвержены эмоциональному истощению, что связано с тем, что у мужчин преобладают инструментальные ценности, женщины же более эмоционально отзывчивы и у них меньше чувство отчуждения от своих клиентов.

Велика взаимосвязь выгорания и мотивации. Так, отмечается свойственное "выгоревшим" снижение трудовой мотивации, которое проявляется в стремлении свести работу к минимуму, проявления апатии и хронического не-

гативизма по отношению к функциональным обязанностям, хотя при этом подчеркивается отличие выгорания от неудовлетворительности профессией.

Различают 3 стадии синдрома выгорания. **Первая стадия -** на уровне выполнения функций, произвольного поведения: забывание каких-то моментов, говоря бытовым языком, провалы в памяти (например, внесена нужная запись или нет в документацию, задан ли планируемый вопрос, какой получен ответ), сбои в выполнении каких-либо двигательных действий и т.д. Обычно на эти первоначальные симптомы мало кто обращает внимание, называя это в шутку "девичьей памятью" или "склерозом". На **второй стадии** наблюдается снижение интереса к работе, потребности в общении (в том числе и дома, с друзьями): "не хочется видеть" тех, с кем специалист общается по роду деятельности (школьников, больных, клиентов), "в четверг ощущение, что уже пятница", "неделя длится нескончаемо", нарастание апатии к концу недели, появление устойчивых соматических симптомов (нет сил, энергии, особенно к концу недели, головные боли по вечерам; "мертвый сон, без сновидений", увеличение числа простудных заболеваний); **Третья стадия** - собственно личностное выгорание. Характерна полная потеря интереса к работе и жизни вообще, эмоциональное безразличие, отупение, ощущение постоянного отсутствия сил[11].

Выводы: Программа "Профилактика профессионального выгорания сотрудников" является необходимым компонентом мероприятий, направленных на обеспечение развития индивидуальных особенностей, межличностных отношений и повышение работоспособности сотрудников. Опираясь на профессиональные знания о возрастных закономерностях психического развития, поведения человека, взаимоотношений между сотрудниками, психолог обеспечивает возможности для индивидуального подхода и групповых занятий с сотрудниками, определяет его способности, причины профессионального выгорания и пути их психологической коррекции.

Список литературы:

1. Бабанов С.А. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / С.А. Бабанов, Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. - 2-е изд. - СПб.: Питер, 2008. - 336 с. (С.24, 187, 194-195).

2. Бойко В.В. Синдром "эмоционального выгорания" в профессиональном общении. - 2-е изд. - СПб.: Питер, 2005. - 105 с. (С.17-18).

3. Винокур В.А. Взаимосвязь социальных факторов с профессиональным стрессом у врачей / В.А. Винокур, О.А. Клиценко // Актуальные проблемы клинической психологии и психофизиологии: материалы научно-практ. конференции 20-28 октября. - СПб, 2004. - 234 с. (С.189-190).

4. Винокур В.А. Интегративные механизмы формирования профессионального стресса у врачей / В.А. Винокур, О.В. Рыбина // Интегративная медицина. Материалы II национального конгресса. - СПб, 2005. - С.36 - 37 (С.36).

5. Водопьянова Н.Е. Профилактика и коррекция синдрома выгорания. - СПб: Изд-во С. - Петерб. ун-та, 2011. - 160 с. (С.104-106).

6. Водопьянова Н., Старченкова Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. - 2-е изд., доп. - СПб: Питер, 2008. - 336 с. (С.7, 54).

7. Методические подходы к диагностике профессионального стресса у врачей // Медицинская психология в практическом здравоохранении: Сб. науч. статей. - СПб: Питер, 2003. - С.68-72.

8. Проблемы общей и организационной психологии: Сб. науч. трудов. Вып.4/Под. ред. проф. А.В. Карпова. - Ярославль: Изд-во ЯрГУ, 2009. - С.119-128. (С.120).

9. Рыбина О.В. Особенности проявления профессионального стресса у врачей-психиатров и врачей хирургических специальностей / О.В. Рыбина,

В.А. Голышева // Материалы научной сессии. - Пермь-Ижевск, 2004. - С.227-228.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ

Садыкова Альбина Альфредовна, Абдуллаева ВасилаКаримбековна
ТашПМИ, г. Ташкент, Узбекистан

Ключевые слова: тревога, фобии, страхи, невротические расстройства, психологические особенности.

Тревожно-фобические расстройства широко распространены среди различных групп и популяций людей во всем мире. Цифры встречаемости этих расстройств среди населения колеблются от 0,6 до 2,7% [2]. Соотношение мужчин и женщин, страдающих тревожно-фобическими расстройствами, составляет примерно 1:4. Тревожно-фобические расстройства имеют под собой серьезную генетическую основу: страдающие агорафобией имеют до 20% родственников с подобным расстройством, а для генерализованных тревожных расстройств характернаконкордантность 50% у однояйцевых и 15% у разнояйцевых близнецов [1].

Для тревожно-фобических расстройств невротического уровня характерны функциональные нарушения, требующие проведения дифференциальной диагностики с использованием мультидисциплинарного подхода, включающего данные различных медицинских специальностей (терапия, кардиология, гастроэнтерология, неврология и др.) и параклинических дисциплин (психология, физиология, гигиена и т.д.) [4]. Это касается, прежде всего, заболеваний сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, хронических неспецифических болезней органов дыхания, эндокринных расстройств, при которых

сложные взаимодействия неблагоприятных психических и соматических факторов способствуют формированию невротических расстройств, вызывающих нарушения механизмов социально-психологической адаптации. Тревожно-фобические реакции дезадаптации часто проявляются на фоне хронических соматических заболеваний. При этом заболевание представляет собой коморбидное расстройство, когда на фоне соматической патологии возникает невротическая симптоматика. Ухудшение психического состояния больного, усугубляющее его соматическое состояние, заметно снижает толерантность к стрессу. При этом отмечается так называемая «послестрессовая психосоматическая беззащитность», вызывающая повышение чувствительности к любым раздражителям внешней среды после перенесенного стресса [3].

Цель исследования. Исследовать психологическиеосоебнности пациентов с тревожно-фобическими расстройствами невротического уровня.

Материал и методы исследования. В ходе исследования нами было обследовано 38 пациентов с тревожно-фобическими расстройствами в пограничном отделении Городской клинической психиатрической больнице г.Ташкента. Из них 26 женщин (68,4%) и 12 мужчин (31,6%) в возрасте от 18 до 45 лет. Отбор больных проводился согласно критериям МКБ-10 F40 Фобические тревожные расстройства. Применялись клинико-психопатологические, экспериментально-психологические и клинико-статистические методы. В группу исследуемых больных не включались пациенты с психотическими расстройствами, при которых также может наблюдаться тревожно-фобическая симптоматика (шизофрения, аффективные, органические психические расстройства). На каждого больного заполнялась индивидуальная карта обследования, включавшая паспортные, социальные, клинические и клинико-психологические показатели.

*Результаты исследования и их обсуждение.*Содержание фобических нарушений, выявленных в настоящем исследовании, включает, с одной стороны,

сюжеты: темноты, высоты, глубины, мистическими сюжетами. С другой стороны, фабула фобий заимствует информацию, доступную больному о катастрофах (техногенных авариях, природных катаклизмах). В контексте клинической квалификации рассматриваемых расстройств речь идет о двух психопатологически гетерогенных категориях – монофобиях как изолированном симптомокомплексе (или даже феномене), и синдромально очерченных, клинически более полиморфных тревожно-фобических, обсессивно-фобических и других состояниях. Доля монофобий составляет 59,7% от общего числа фобических нарушений. Среди монофобий преобладает никтофобия (34,1 %), тогда как на все остальные, весьма разнообразные страхи приходится в общей сложности 25,6%. В пределах второй из выделенных выше категорий - психопатологически завершенных синдромальных образований (38,9 %); максимальная доля – 20,7% - приходится на социофобические состояния. В структуре этого синдрома фобии представлены страхами социального взаимодействия, причем из них около половины непосредственно связаны с ситуацией общения (эрейтофобия, боязнь собственной некомпетентности, публичных выступлений и др.). На второй позиции после социофобий (суммарно – 8%) – аффективно заряженные, ассоциированные с тревогой фабулы, связанные с представлениями о смерти, одиночестве, разлуке, потере. Агорафобические сюжеты занимают у изученных больных третье по частоте место – 7,3 %; доля мизо-/нозофобий составляет 1,8 % от общего числа обсуждаемых фобических фабул.

В ходе исследования была выявлена патогенетическая неоднородность фобических образований. В обследованной выборке конституционально обусловленные изолированные фобии с простой конкретной фабулой, ассоциированной с природной средой и животными, выявлены у 21% больных. В отличие от других вариантов фобических образований, в этой части случаев в семьях отмечались идентичные фобические феномены («сквозные семейные симпто-

мы»). Больные воспринимали свои опасения как реальные, естественные, мало задумывались о них вне столкновения с пугающими объектами, легко соглашаясь с недостаточной обоснованностью страхов (низкой вероятностью выпасть с балкона, встретиться со змеей в условиях мегаполиса). Такие изолированные фобии возникали на ранних этапах развития, не сопровождались другими психическими расстройствами, не были связаны с эмоциональным и/или соматическим состоянием, личностными свойствами, возрастными кризами. Несмотря на сравнительно невысокую аффективную заряженность страха в момент столкновения с потенциально опасной ситуацией, они не предпринимали активных попыток борьбы с ней. Отсутствие связанных с такими фобиями активных жалоб отражало их низкую значимость для повседневного функционирования подростков. Батео-, акро, бронто- арахно-, офиофобии сопровождались психологически понятным избегающим поведением, непосредственно связанным с их сюжетами. Выбранный пациентом паттерн избегания был проявлением «прямой защиты». Даже заметное ухудшение/улучшение (вплоть до полной редукции) основной симптоматики, определявшей состояние больных, не сопровождались существенными колебаниями интенсивности страхов. При развитии реактивных фобий большинство из них относились к «фобиям внешнего стимула/импульса». При этом вектор страха направлен в будущее, видевшееся сквозь призму актуальных фобических опасений. Избегающее поведение сопряжено с тематикой стрессора, сохранялась тенденция к пассивному уклонению от объектов и явлений, связанных с фобической фабулой. Мизофобические страхи объединяли боязнь загрязнения, заражения «микробами вообще». Даже мимолетное пребывание вблизи визуально неопрятного, неаккуратного человека на улице провоцировало новый цикл мизофобических опасений и символических, но сюжетно связанных с фобической тематикой ритуалов избегания (многократное мытье рук, головы, стирка и чистка одежды). При невозможно-

сти довести до полного завершения нелепый по сложности выполнения, требующий большого количества времени и сил ритуал, больные ощущали неодолимую потребность повторять его до тех пор, пока он «не будет выполнен правильно, так, как это необходимо». Только после этого больные ощущали некоторое подобие душевного комфорта, точнее сказать отсутствие дискомфорта.

Нозофобии у таких больных отличались чуть большей конкретностью в восприятии потенциально пугающей ситуации, однако также характеризовались особой логикой выбора определенного заболевания. Часто речь шла о практически невероятных, исходя из способа заражения, возраста, образа жизни, для данного пациента страданиях (кипридофобиях при отсутствии эпизодов интимной жизни, спидофобии – переливания крови, лечения зубов).

Выводы. Таким образом, изолированные фобии воспринимаются больным как часть его сущности и не приводят к дезадаптации. К ним примыкают фобии природных катаклизмов, техногенных аварий и других катастрофических событий, не затрагивающих непосредственно пациента. Они имеют социогенную природу, воспринимаются как нечто абстрактное. Они изменчивы по фабуле, редко сопровождаются избегающим поведением. При фобиях, развивающихся по реактивно-невротическому механизму, стрессорная ситуация, как правило, касается непосредственно пациента. Значимую роль в их формировании играет личностная структура, а именно - выраженность сенситивного радикала, повышенная впечатлительность, неуверенность в себе, склонность к тревожным ожиданиям.

Список литературы:

1. Быстрицкий А. С. Дифференциальная диагностика и лечение панических расстройств / А. С. Быстрицкий, Н. Г. Незнанов, Э. Э. Звартау // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2006. № 3.- С. 4-7.

2. Вид В. Д. Современная клиническая психиатрия / В. Д. Вид, Ю. В. Попов. СПб.: Речь, 2006.402с.

3. Евсегнеев Р. А. Психиатрия в общей медицинской практике / Р. А.Евсегнеев.- М., 2010.- 589 с.

4. House A. Anxiety in medical patients ABC of psychological medicine (Clinical review) / A. House, D. Stark // British Medical J. 2002. V. 325.- P. 207-209.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МАТЕРИНСКОГО ОТНОШЕНИЯ К РЕБЕНКУ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Сайдалиходжаева Дилноза Гафурджановна, Абдуллаева Васила Каримбековна

ТашПМИ, г. Ташкент, Узбекистан

Ключевые слова: психологические особенности, материнское отношение, беременность, эмоциональное состояние.

Исследования второй половины XX в. свидетельствуют, что встановлении иреализации материнско-детского взаимодействия центральным иопределяющим является материнское отношение. Именно оно лежит в основе всего поведения матери, тем самым создавая уникальную для ребенка ситуацию развития, вкоторой формируются его индивидуально-типологические и личностные особенности [1, 3, 4]. Имеющиеся влитературе данные свидетельствуют, что материнское отношение не возникает одномоментно исразу после рождения ребенка, апроходит определенный путь становления иимеет тонкие механизмы регуляции, свои сензитивные периоды и запускающие стимулы [2]. Вэтом аспекте особую важность приобретают исследования, связанные с возможностями выявления уже впроцессе беременности особенностей состояния иповедения будущей матери, по которым можно прогнозировать успешность материнства, иособенности отношения матери к ребенку после его рождения как определяющего фактора в развитии диадических отношений.

Цель исследования. Изучить психологические особенности материнского отношения кребенку во время беременности.

Материал иметоды исследования. Было обследовано 26 беременных женщин ввозрасте от 18 до 40 лет. Средний возраст составил 28±10 лет. В исследовании применялись следующие методики: структурированное интервью, в котором имелись вопросы осроке беременности, желанности беременности, отношениях в семье, своем самочувствии, эмоциональном состоянии, испытываемых опасениях, планах, связанных сребенком ибудущей жизнью, представлении о родах и послеродовом периоде. Винтервью включались вопросы, направленные на выявление особенностей протекания онтогенетических этапов формирования материнской сферы; проективный рисунок «Я и мой ребенок» для выявления особенностей переживания беременности иситуации материнства, восприятия себя иребенка, ценности ребенка.

Результаты исследования и их обсуждение. Входе исследования были проанализированы данные интервью, рисуночного теста по триместрам беременности в группах женщин, выделенных по параметру готовности кматеринству. На основании полученных данных описаны характерные типы переживания беременности. Для Iгруппы женщин садекватным материнским отношением (48%) характерна адекватная ценность вынашиваемого ребенка иадекватный тип переживания беременности: постепенная конкретизация образа ребенка и восприятие его сположительными эмоциями; выраженность динамики психосоматического состояния, соответствующего физиологической беременности, по триместрам: физическое недомогание, усталость и снижение активности в первом триместре; хорошее самочувствие, бодрое состояние, ориентация интересов на ребенка во втором триместре; повышение активности, направленной на ребенка, вначале третьего триместра; общее расслабление иожидание встречи сребенком кконцу беременности; достаточно четкие представления о послеродовом периоде и своей материнской роли; удовлетворенность собой иизменениями всвоем состоянии; эмоциональная близость со своей матерью; поло-

жительное эмоциональное, дифференцированное переживание шевеления ребенка. Во II группе женщин сотклоняющимся от адекватного материнским отношением (52%) были выделены две подгруппы, одну образуют женщины с тревожным, амбивалентным типом материнского отношения (18 %). Для женщин этой подгруппы характерен тревожный или амбивалентный тип переживания беременности. В первом триместре женщинам с подобным типом переживания беременности свойственны тревоги, страхи, беспокойство. Соматический компонент сильно выражен по типу болезненного состояния; эмоциональное состояние повышенно тревожное или депрессивное. Во втором триместре не наблюдается стабилизации, в целом тревога усиливается, эпизодически повторяются депрессивные или тревожные состояния. В третьем триместре эта тенденция усиливается; активность в третьем триместре связана со страхами за исход беременности, родов. Эта подгруппа характеризовалась пониженной или повышенной ценностью вынашиваемого ребенка. Другую подгруппу составили женщины с игнорирующим типом материнского отношения (34 %). Для них характерен игнорирующий тип переживания беременности. В первом триместре имели место два варианта: слишком позднее распознавание беременности, сопровождающееся чувством досады или неприятного удивления; соматический компонент либо не выражен совсем, либо состояние даже лучше, чем до беременности; распознавание беременности сопровождается отрицательными эмоциями, вся симптоматика резко выражена и негативно физически и эмоционально окрашена. Во втором триместре первое шевеление отмечается очень поздно, нет дифференцированного отношения к характеру шевеления ребенка, последующие шевеления окрашены неприятными физиологическими ощущениями, сопровождаются неудобством. Втретьем триместре, кконцу беременности, возможны всплески депрессивных или аффективных состояний. Нередко кконцу беременности появляются осложнения. Динамики эмоционального со-

стояния по триместрам либо не наблюдается, либо отмечается повышение активности иобщего эмоционального тонуса, кконцу беременности состояние характеризуется как доставляющее физическое неудобство. Активность в третьем триместре повышается инаправлена на обстоятельства, не связанные сребенком. Ценность вынашиваемого ребенка вэтой подгруппе недостаточная. Анализ соотношения типа переживания беременности спараметром «ценность ребенка» установил определенные закономерности: адекватный тип переживания беременности соответствует готовности кматеринству, отклоняющиеся от него - неготовности кматеринству. Анализ результатов показал значительную диагностическую ценность рисуночного теста. Так, «благоприятная ситуация» по рисуночному тесту сочетается сположительными показателями переживания беременности, материнского отношения иценности ребенка. Незначительные симптомы неуверенности, тревоги иконфликтности сочетаются с незначительными отклонениями в стиле переживания беременности с тенденцией ких улучшению, достаточно стабильной или повышающейся впериод беременности ценностью ребенка, благоприятной динамикой интерференции ценностей, снезначительными отклонениями материнского отношения (в основном по типу тревожности). Выраженная тревога, неуверенность в себе и недовольство беременностью иматеринством по данным рисуночного теста во всех случаях сочетаются с отклонением от адекватного стиля переживания беременности, с неблагоприятной семейной ситуацией, с отрицательным отношением к изменениям в собственном организме инедовольством отношением окружающих, сотклонением от адекватного восприятия ценности ребенка и неблагоприятной тенденцией интерференции ценностей, сотклонением от адекватного типа материнского отношения. Отношение к изменениям всвоем состоянии претензии кдругим людям, втом числе котцу ребенка, близким родственникам, медицинскому персоналу, отражают неудовлетворенность ситуацией материнства (и бе-

ременностью) имогут служить одним из диагностических показателей. В процессе исследования выявлены типы переживания беременности, наиболее подверженные динамике втечение беременности иведущие ксамым разнообразным отклонениям встиле материнского отношения (группа стревожным иамбивалентным типами переживания беременности). Группу риска составляют женщины сигнорирующим типом переживания беременности, который не изменялся на протяжении всех трех триместров.

Выводы. Таким образом,полученные данные подтверждают связь формирования готовности к материнству с типом переживания беременности. Они позволяют предположить, что уже в период беременности возможно прогнозирование особенностей материнского отношения после родов, ценности ребенка и динамики интерференции ценностей - как в сторону внедряющихся, конфронтирующих с ценностью ребенка и материнства, так инаоборот. Это позволяет проектировать индивидуально-ориентированное психологическое вмешательство. Кроме того, во время беременности возможен прогноз недостаточной материнской компетентности инедостаточного развития таких компонентов материнской сферы, как стиль эмоционального сопровождения, субъективизация ребенка, использование своего состояния иориентация на состояние ребенка как средств контроля развития ребенка, гибкость приспособления крежиму, что позволит проводить направленную коррекцию и психотерапию. В период беременности возможен также прогноз возникновения послеродовых депрессий или психозов на основе прогнозируемого резкого снижения ценности ребенка или тенденции кисключительной ценности ребенка в сочетании собщей динамикой стиля переживания беременности исклонности кдепрессивным или психотическим состояниям.

Список литературы:

1. Брутман В.И., Варга А.Я., ХамитоваИ.Ю. Влияние семейных факторов на формирование девиантного поведения матери // Психологический журнал. 2000. Т. 21. № 2. - С.79–87.

2. Мещерякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству // Вопросы психологии. 2000. № 5. - С. 18–27.

3. Филиппова Г.Г. Психология материнства: учеб.пособие / Г. Г. Филиппова. – М.: Изд-во ин-та психотерапии, 2002. – 240 с.

4. Dunkel-Schetter C. Psychological science on pregnancy: stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues // Annu Rev Psychol. 2011. V 62. – P. 531–558.

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЕРОЯТНОСТНОГО ПРОГНОЗИРОВАНИЯ В КОНТЕКСТЕ СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РЕЧЕВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Сайфуллина Надежда Алексеевна
Казанский (Приволжский) федеральный университет,
г. Казань, Россия

Ключевые слова: антиципация, прогностическая компетентность, дети с речевой патологией, вероятностное прогнозирование.

Прогнозирование, являясь неотъемлемой составной частью любой, в том числе и речевой деятельности человека, в последнее десятилетие привлекает к себе пристальное внимание специалистов таких отраслей научного знания, как медицина, психиатрия, психология и педагогика.

Разработка теоретических и практических аспектов данной проблемы является чрезвычайно актуально не только в контексте исследований сенсорных процессов, изучения мышления, анализа нейрофизиологических механизмов психики, но и в аспекте комплексного изучения структуры речевого дефекта и коррекционного обучения детей с тяжелыми нарушениями речи. В этой связи становится понятным, насколько важно изучение прогнозирования на речемыслительном уровне, т.к. формирование прогностических операций может рассматриваться как возможность совершенствования процесса обучения чтению, являющегося одним из видов речевой деятельности. [4]

Вопрос обучения чтению является предметом исследований различных авторов как в специальной педагогике (Боскис Р.М., Васина Г.В., Гончарова Е.А., Корнев А.Н., Лалаева Р.И., Лурье Н.Р., Насонова В.И., Цыпина Н.А.), так

и в логопедии (Алтухова Т.А., Воронова А.П., Елина Н.Г., Иваненко С.Ф., Каше Г.А., Крылова Н.Л., Левина Р.Е., Никашина Н.А., Спирова Л.Ф., Чиркина Г.В.). [1]

В исследованиях приведенных авторов проблемы обучения чтению раскрыты в рамках традиционного подхода. Авторами в целом рассматривались вопросы формирования фонематического восприятия, навыков звукобуквенного анализа, послогового анализа, развития зрительного гнозиса и т.д. Стоит отметить, что практика обучения детей младшего школьного возраста с речевой патологией свидетельствует о недостаточности формирования исключительно вышеперечисленных навыков и умений, так как они не являются ключевыми факторами повышения эффективности овладения процессом чтения.

Современный взгляд на чтение как на особый вид речемыслительной деятельности, базирующийся не только на зрительном восприятии информации, но и ее семантическом декодировании нацеливает исследователей на изучение тех операций, которые в полной мере обеспечивают не только техническую, но и смысловую сторону процесса чтения. В этом случае особое значение приобретают действия, связанные с возможностью осуществления прогностических операций, позволяющие на основе использования априорного опыта в процессе чтения быстро принимать адекватные смысловые решения. Однако пути формирования названных операций на сегодняшний момент недостаточно ясны. Таким навыкам и умениям необходимо специально обучать учащихся с речевой патологией. [2]

Вместе с тем, если в дефектологии, в частности в олигофренопедагогике, данная проблема уже поставлена в ряде исследований, ориентированных на вопросы развития мышления умственно отсталых школьников (Л.И. Переслени), то специальная методика обучения детей с речевыми отклонениями подобными исследованиями не располагает. [5]

Именно поэтому, решение обозначенной проблемы является своевременным и актуальным. Практика школьного обучения и данные, полученные в результате многочисленного анкетирования учителей специальных общеобразовательных учреждений V вида, свидетельствуют о том, что наиболее выраженные трудности в процессе обучения школьников чтению проявляются на этапе перехода с послогового чтения на уровень чтения целыми словами. Однако объяснить причину трудностей возникающих именно на этом этапе учителя затрудняются.

Вопросы формирования прогностических операций приобретают актуальность и в силу того, что сам процесс чтения как рецептивный вид речевой деятельности является базисом для получения основ знаний по другим предметам. Значимость этих вопросов определяется также и тем, что методика формирования прогностических операций ни теоретически, ни дидактически фактически не разработана. Более того, они даже не обозначены в действующей Программе по русскому языку специальной общеобразовательной школы V вида. Их отсутствие в регламентирующем документе не отражает современные научные представления о структуре процесса чтения, составляющей частью которого является вероятностное прогнозирование, что, безусловно, снижает уровень общего когнитивного развития учащихся начальных классов данного типа школ.

Таким образом, поиск новых оптимальных путей совершенствования процесса обучения детей младшего школьного возраста с тяжелой речевой патологией в условиях специального коррекционного воздействия, и недостаточная изученность данного вопроса представляют собой особый интерес специалистов системы специального образования, а также всех специалистов сопровождения данной категории детей.

Список литературы:

1. Вероятностное прогнозирование в деятельности человека / Под ред. И.М Фейгенберга, Г.Е.Журавлева. – М., 1977. – 392 с.

2. Вероятностное прогнозирование в речи / Под ред. Р.М.Фрумкиной. - М., 1971. – 230с.

3. Сурков Е.Н. Процессы антиципации и их организация в деятельности человека: автореф. дисс. …докт. психол. наук / Е.Н. Сурков. - Л., 1985. – 60 с.

4. Jackson. E. S., Yaruss, J. S., Quesal, R. W., Terranova, V., & Whalen, D. H. Responses of adults who stutter to the anticipation of stuttering//Journal of Fluency Disorders,2015. – N 45. – P. 38-51.

5. Sohoglu, E., Peelle, J. E., Carlyon, R. P. Predictive top-down integration of prior knowledge during speech perception//The Journal of Neuroscience: The Official Journal of the Society for Neuroscience, 2012. -N 32.-P. 8443–8453.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА ГЕСТАЦИОННОЙ ДОМИНАНТЫ У ЖЕНЩИН, БЕРЕМЕННОСТЬ КОТОРЫХ ЗАКОНЧИЛАСЬ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ

Сафонова Анна Сергеевна

Научный руководитель - Золотова Ирина Александровна

ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, г. Ярославль, Россия

Ключевые фразы: гестационая доминанта, тип ПКГД, преждевременные роды.

Данная работа посвящена проблеме психологической готовности современных женщин к материнству. Выбранная мной тема является актуальной, так как длительное время отмечается, что снижается рождаемость в нашей стране, большое количество семей распадается и увеличивается количество детей, которые попадают в социальные учреждения . Растет число случаев жестокого обращения с детьми и отсутствует возможность вовремя оказать психологическую помощь этим детям и их матерям. Увеличивается количество преждевременных родов. Преждевременные роды обуславливают возникновение различных заболеваний раннего неонатального периода новорожденного. Для того чтобы беременность протекала комфортно, без каких-либо осложнений необходимо больше уделять внимания женщинам на всех этапах протекания беременности со стороны акушеров гинекологов и перинатальных психологов. Для этого целесообразно своевременно выявить тип психологического компонента гестационной доминанты и путем корректирующих мероприятий способствовать формированию оптимального отношения женщины к своей беременности,

к себе, как к матери, к будущему ребенку. ПКГД отражает степень готовности женщины к материнству и способствует не осложненному течению беременности и благополучным родам.

Беременность это стресс для женского организма. Когда мы знаем особенности ПКГД, то мы можем психологически правильно сформировать программу помощи и сопровождения беременных, которые находятся в группе риска по перинатальной патологии в условиях женской консультации и на всех этапах родовспоможения.

Цель: исследовать психологические особенности компонента гестационной доминанты у женщин, беременность которых закончилась преждевременными родами.

Гипотеза исследования:

Женщины, беременность которых закончилась преждевременными родами, имеют чаще тревожный или депрессивный тип ПКГД.

В исследовании нами были использованы следующие методы и методики.

1.Клиническая беседа. Данный метод работы использовался для того, чтобы установить контакт с женщиной и создать благоприятную обстановку для исследования, выявить определенные черты личности и особенности протекания ее беременности.

2.Методика «Тест отношений беременной» И.В. Добрякова Данная методика позволяет выявить тип психологического компонента гестационной доминанты.

3.Проективная методика «Моя мама, я и мой ребенок». Данная методика была использована для изучения установочного отношения женщины к новорожденному ребенку.

Исследование проводилось на базе областного перинатального центра города Ярославля. В нем приняли участие 30 женщин, из которых была выделена экспериментальная группа в количестве 15 человек в возрасте от 26 до 41 лет со сроком гестации 25-34 недели и контрольная группа в количестве 15 человек в возрасте от 23 до 42 лет со сроком гестации 38-41 неделя.

По результатам нашего исследования можно сделать следующие выводы.

1.Цели нашего исследования были достигнуты. Мы исследовали особенности психологического компонента гестационной доминанты у женщин, беременность которых закончилась преждевременными родами.

2.Гипотеза нашего исследования частично подтвердилась. В 80% у женщин экспериментальной и контрольной группы был выявлен преимущественно оптимальный тип ПКГД.

3. Следует отметить, что у большинства женщин контрольной и экспериментальной группы присутствует выраженность черт тревожного типа ПКГД, в частности: 1) тревога у женщин контрольной группы выявляется по поводу предстоящих родов и кормления грудью; 2)тревожное состояние у женщин экспериментальной группы выявляется по отношению к здоровью своего ребенка и кормления грудью; 3)у женщин со сроком гестации менее 28 недель преобладает оптимальный тип ПКГД, отмечалось тревожность по поводу предстоящих родов и здоровья ребенка.

4. При проведении проективных методик отмечается некоторые особенности: 1) отсутствие восприятия новорожденного в соответствии с его реальным возрастом (контрольная группа – 13%, экспериментальная группа – 40%); 2) символическое непринятие ребенка (контрольная группа – 20%, экспериментальная группа – 13%); 3)отсутствие поло-ролевой и возрастной идентификации, материнской идентификации, нарушение онтогенеза материнской сферы

(контрольная группа- 6%, экспериментальная группа – 33%), что говорит о не готовности многих матерей к рождению ребенка.

5.Мы предполагаем, что некоторые женщины давали социально-одобряемые ответы на методику «Тест отношений беременной» (И.В.Добряков), но на рисунках отчетливо было видно наличие проблемы во взаимоотношении с матерью и восприятии своего ребенка.

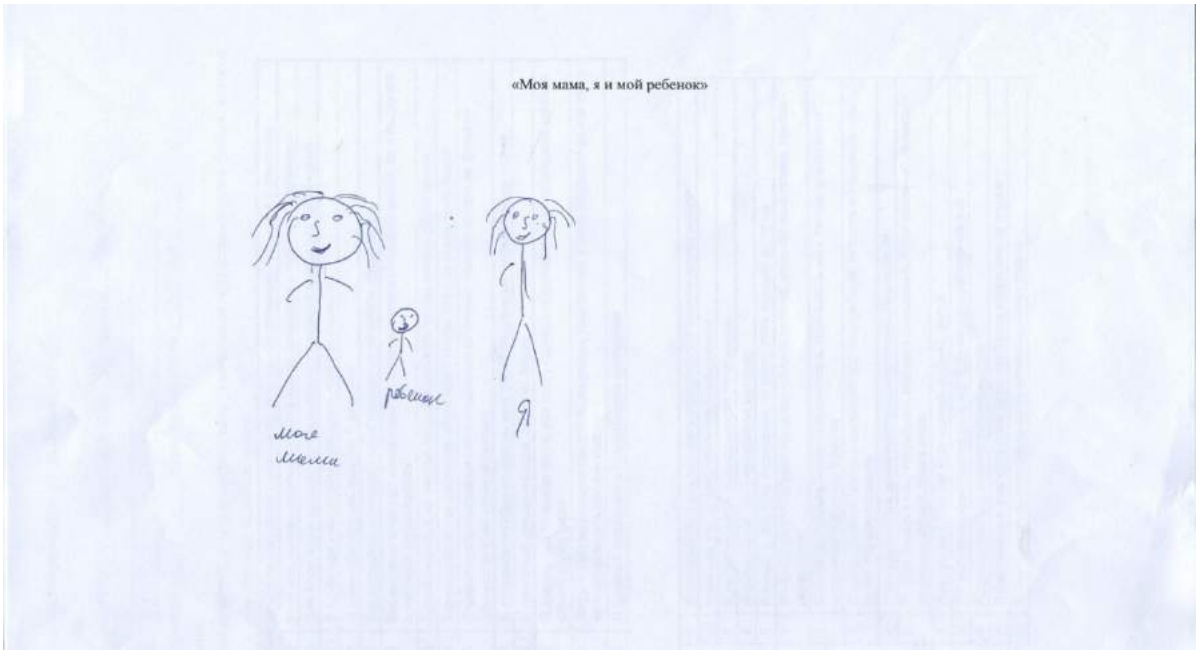
В работе подробно были описаны 4 клинических случая.

Иллюстрация клинического случая №1.

«Ш.С.Ю. имеет высшее образование, ее возраст 32 года, замужем. Беременность первая, желанная, осложненная гестозом, закончилась оперативным родоразрешением на срок гестации 29-30 недель. Со слов женщины, при беременности она подвергалась незначительному стрессу, а именно в период вынашивания ребенка постоянно переживала по поводу его развития и состояния здоровья. «Из-за стресса, который был во время беременности, у меня сейчас нет молока»,- говорит Ш.С.Ю.»

По результатам исследования, проведенного с помощью методики «Тест отношений беременной» (И.В.Добряков) у нее выявлен смешанный тип ПКГД. Тревожное отношение к предстоящим родам, к здоровью своего ребенка и к кормлению грудью (нет молока). Она не изменила свой образ жизни, когда узнала, что беременна и муж не изменил отношения к ней. При этом выявлено депрессивное состояние по отношению к себе, как к матери (считает, что не может стать хорошей матерью).

По результатам проективной методики «Моя мама, я и мой ребенок» выявлено: 1) на рисунке отсутствует возрастная и поло-ролевая идентификация. 2) Связь матери с ребенком отсутствует, он находится ближе к бабушке, что позволяет предположить символическое непринятие новорожденного.



Таким образом, по результатам нашего исследования установлено, что в большинстве случаев здоровье будущего ребенка зависит от здоровья и образа жизни будущей матери. Было выявлено, как влияет беременность на женщину, и какой тип гестационной доминанты включался у каждой женщины при ожидании ребенка. Данное исследование было пилотным и его результаты говорят нам о том, что в последующем следует провести более обширное исследование и увеличить выборку. При написании работы нами была использована специальная литература по перинатальной психологии и в последующем мы планируем подробней изучить материнское отношение к новорожденному у женщин, беременность которых закончилась преждевременными родами.

Список литературы:

1. *Золотова И.А. Отношение к новорожденному у женщин группы риска: дис. … канд. психол. н. – Кострома, 2013. – 179 с.*

2. *Добряков И.В. Перинатальная психология / И.В. Добряков – СПб.: Питер, 2010. – 234 с.*

3. Добряков И.В. Влияние личностных особенностей женщин на формирование различных вариантов психологического компонента гестационной доминанты // Психическое здоровье. - 2012. Т. 10. № 9 (76). - С. 80-84.

4. Доминанта и условный рефлекс / под ред. П.В.Симонова. – М.: Наука, 1987. -176 с.

5. Добряков И.В. Показатели тревоги и депрессии у беременных женщин при различных типах психологического компонента гестационной доминанты // Вестник Российской военно-медицинской академии. - 2014. № 1 (45). - С. 46-50.

6. Основы перинатальной психологии / Жупиева Е.И. – Иркутск. - 2010.

7. . Филиппова Г.Г. Психология материнства / Г.Г. Филиппова– М., 2000. – 449 с.

8. Барабанщиков В.А. Экспериментальный метод в структуре психологического знания / Барабанщиков В.А. – М.: Институт психологии РАН, 2012. – 725 с.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПСИХОЛОГ И ВРАЧ, СОВМЕСТНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Синцова Светлана Владимировна*, Вотинцев Александр Евгеньевич**, Заболотских Екатерина Михайловна*

ФГБОУ ВО Кировская ГМА Минздрава России*, г. Киров, Россия

НУЗ «Отделенческая клиническая больница на станции Киров ОАО «РЖД»**, г. Киров, Россия

Ключевые слова: кардиопсихология, гипертоническая болезнь.

Кардиопсихология – это одна из новых областей знаний, объединившая в себе опыт кардиологии, психологии, психосоматической медицины. На современном этапе развития кардиопсихология выделилась в самостоятельную дисциплину, поскольку психологический статус кардиологических больных отличается особенностями, так как именно сердечно-сосудистые заболевания несут в себе особый психосоматический компонент. Во-первых, сами заболевания часто возникают по причине чрезмерной эмоциональной нагрузки и стресса. Во-вторых, в большинстве случаев причина возникновения болезни, всегда имеет в своей структуре выраженный психологический аспект (ведь у любого больного есть осознание своей болезни, оценочное суждение о ней и эмоциональное переживание своего состояния) [3, 4].

Для многих видов сердечно-сосудистых заболеваний характерно снижение качества жизни, объясняемое не только проявлениями самого заболевания, но и социально-психологическими факторами (специфическая психология поведения, эмоциональные реакции, а также связанное с заболеванием изменение места и роли в социальной жизни).

Какими бы привычными не были бы для пациентов симптомы сердечно-сосудистых заболеваний, связанные с ними трудности всегда воспринимаются больными как серьезные и угрожающие. И как показывают исследования, именно для кардиологических пациентов характерны депрессивные и тревожно-депрессивные состояния, что может самым неблагоприятным образом повлиять на течение и исход болезни (известно, к примеру, что пациенты, страдающие депрессией, меньше следуют указаниям лечащего врача по приему медикаментов, соблюдению до- и послеоперационного режима). Поэтому успех лечения в очень многом зависит именно от стабильного эмоционального состояния и психологического настроя пациента [2].

По этой причине, для оптимизации процесса лечения необходима психологическая поддержка и сопровождение пациентов и членов их семей. Целью такой поддержки является, в первую очередь, устранение состояния психологического дискомфорта больного и профилактика психических и психосоматических нарушений.

Информация о психологических и социальных проблемах, предшествующих болезни или появившихся в жизни человека в связи с болезнью, как правило, мало доступна врачу и не позволяет понять степень социально-психологической дезадаптации больного человека в целом. И те же психологические факторы, которые в свое время, возможно, спровоцировали болезнь, могут негативно повлиять на состояние пациента после возвращения домой. Поэтому психологом проводится анализ жизненной ситуации пациента для разработки мер по общему улучшению качества жизни пациента (например, план активного включения пациента в повседневную жизнь после завершения лечения) [1,4].

Таким образом, психологическое консультирование в период реабилитации направлено на анализ психосоциальной ситуации пациента и составление

совместно с родственниками пациента программы его психологической реабилитации.

Методы современной психологической практики позволяют не только создать способствующий лечению эмоциональный настрой больного, но и предотвратить возникновение психических и психосоматических нарушений, развивающихся на фоне различных сердечно-сосудистых заболеваний.

На первом этапе работы с пациентом проводится психодиагностика или нейропсихологическое тестирование с целью выявления психопатологической структуры личности во время болезни, преморбидных особенностей, ресурсов, степени патологических изменений психики. Важно определить содержание внутренней картины болезни конкретного пациента для эффективной оценки реабилитационного потенциала. Диагностическая процедура позволяют в форме беседы, формализованного интервью помочь пациенту выразить значимые переживания на начальных этапах госпитализации в форме вербальных сообщений.

Цель исследования: изучить особенности психологического статуса у больных гипертонической болезнью.

Материалы и методы:

Обследовано 16 больных (14 мужчин и 2 женщины), проходивших лечение в кардиологическом отделении НУЗ «Отделенческая больница на ст. Киров ОАО «РЖД». Средний возраст мужчин составляет 44 года, женщин – 52 года. Все пациенты работают в ОАО «Российские железные дороги». Их основные профессии: машинисты тепловозов, монтеры железнодорожных путей, составители поездов, операторы на железнодорожных станциях. Диагноз обследованных: Гипертоническая болезнь I-II стадии, 1-2 степени. Средний стаж болезни: 6,5 лет.

Проведено психологическое исследование больных по методике «Психологическая диагностика отношения к болезни» (ТОБОЛ), адаптированной Санкт-Петербургским научно-исследовательским психоневрологическим институтом им. В. М. Бехтерева.

Результаты.

При проведении медико-психологического исследования было выявлено, что преобладающий тип отношения к болезни – гармоничный (50% обследованных), характеризующийся реалистичной и взвешенной оценкой больным своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, но и без недооценки тяжести болезни, стремлением во всем активно содействовать успеху лечения, облегчить близким тяготы ухода за собой. В случае понимания неблагоприятного прогноза заболевания – переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному, сосредоточение внимания на своих делах, заботе о близких.

Для 37,5 % обследованных пациентов свойственен анозогнозический тип отношения к болезни, который проявляется активным отбрасыванием мысли о заболевании, о возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного. Прослеживаются отчетливые тенденции рассматривать симптомы болезни как проявления «несерьезного» заболевания или случайные колебания самочувствия. В связи с этим нередко характерен отказ от врачебного обследования и лечения. Для пациентов с таким типом отношения болезни свойственны легкость нарушений режима и врачебных рекомендаций, пагубно сказывающихся на течении болезни, желание продолжать получать от жизни все, что и ранее, несмотря на болезнь.

Также среди больных, прошедших медико-психологическое исследование, выявлено 12,5 % с эргопатическим типом отношения к болезни, для которого характерны сверхответственное, подчас одержимое, стеничное отношение

к работе, которое в ряде случаев выражено еще в большей степени, чем до болезни. Несмотря на тяжесть заболевания, больные стремятся продолжать работу и избирательно относятся к обследованию и лечению, желают, во что бы то ни стало сохранить профессиональный статус и возможность активной трудовой деятельности в прежнем качестве.

Во время госпитализации у всех пациентов на фоне лечения были достигнуты целевые цифра артериального давления. Но, несмотря на это данные медико-психологического исследования показывают, что всем больным, кроме медикаментозной терапии, необходимо обязательное психологическое сопровождение и работа с клиническим психологом с целью оптимизации лечения. Психологическое консультирование и составление программы реабилитации будут способствовать выявлению факторов риска рецидивов болезни, предотвращению стрессов, формированию позитивных целей в будущем, что будет способствовать успеху лечения данных пациентов.

Список литературы:

1. Бурно М.Е., Иговская А.С. Психотерапия пациентов с расстройствами личности, характеризующимися преобладанием ипохондрии // Журнал невропатологии и психиатрии. — 2008.108 (12): С. 27— 31.

2. Костенко М.Б., Чеперин А.И., Степанова О.Н., Драчук Т.А., Осатюк Н.И., Зинкина А.П. Опыт внедрения и функционирования моделей психосоциального лечения и реабилитации в условиях Омского региона // Сборник статей и модульных практик для психологов/ — Омск, 2011. — 76с.

3. Психологическая диагностика отношения к болезни /пособие для врачей/: Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова, А. Я. Вукс. Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, 2005 год.

4. Суджаева С.Г.,Суджаева О.А. Реабилитация после реваскуляризации миокарда. — М:.Медицинская литература, 2008 — 128 с.

ЛИРИКОАДДИКТОПРОФИЛАКТИКА В СОЦИАЛЬНОЙ ПРЕВЕНЦИИ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Соловьев А.Г., Давыдов А.В.

ФГБОУ ВО СГМУ (г.Архангельск) Минздрава России, г. Архангельск, Россия

Ключевые слова: психоактивные вещества, лирика, проникновенность, внушение, аддикции, лирикоаддиктопрофилактика.

В последние годы разрабатываются алгоритмы целенаправленного общественного воздействия на противодействие химической зависимости с акцентом как на социальные и возрастные группы, так и профилактику потребления определенных психоактивных веществ (ПАВ) [10]. Несмотря на представленность различных направлений, их можно систематизировать с точки зрения приоритетов «обобщенных средств управления обществом» [12]:

- силовой - включающий действия с применением насилия, например, политика президента Филиппин, одобряющего в своей стране убийство наркоторговцев и наркоманов [2];
- экономический, основанный на воздействии через финансово-экономическую сферу; так, во многих странах намеренно завышают цены на алкогольную и табачную продукцию;
- фактологический, использующий массовое распространение информации, например, через средства массовой информации о возможных последствиях табакокурения на пачках сигарет и предупреждения

Министерства здравоохранения РФ о вреде табачной и алкогольной продукции при демонстрации таковой на телевидении;

- исторический – с распространением информации об использовании «сухого закона», в частности, еще в Российской империи [6];
- генетический – с попытками радикального изменения ситуации, вплоть до примеров отравления больных алкоголизмом метиловым спиртом чёрными риелторами в корыстных целях [5];
- мировоззренческий, предполагающий средства, способные повлиять на мировоззрение человека в отношении к ПАВ.

Последний, в частности, касается художественного литературного творчества, куда относятся тексты песен и сценарии фильмов. Ярким примером последнего может быть автобиографическая книга Кристиане Фельшериноу «Я, мои друзья и героин» [14] и снятый по ней в 1980-х годах художественный фильм «Я – Кристина», повествующий о жизни 13-летней девочки в среде берлинских наркоманов 1970-х гг. С точки зрения литературоведенья сценарии фильмов относятся к литературному роду драмы [7, 13]. Тексты же с набольшей степенью внушения определенных мыслей относятся к лирическому роду (лирике), т.е. к преимущественно стихотворным произведениям. Внушение в лирике обусловлено ритмичностью речи, усиливающей эмоциональное воздействие, которое может «навязать» некую идею вопреки желанию читателя или зрителя [1, 9].

В лирике можно выделить универсальное свойство – проникновенность, в основе чего лежат:

- эстетические эмоции, приводящие к запоминаемости ритмической организации;

- специфичность, позволяющая реципиенту «само-интегрироваться» в сюжет и превращать восприятие выражаемых мыслей в разговор с самим собой [9, 16].

Проникновенность заставляет задуматься о возможностях профилактического применения лирики в отношении потребления ПАВ, примером чего может служить использование даже простых речёвок сторонников ЗОЖ: «Табак – родине враг». Однако, часть подобных текстов может навязать и деструктивные мысли:

«Вечером выхожу на район прогуляться
Ягуарные зомби всюду веселятся
Попробуют подойти - у них нет шансов
От этой болезни я нашёл лекарство» [4].

Важным условием отбора лирических текстов для осуществления профилактики является отсутствие в них мыслей о девиантом, делинквентном, агрессивном поведении, а также о замещении одних аддикций другими. «Лирическая» профилактика зависимого поведения может иметь два варианта: первичная, когда реципиенты, не вовлеченные в потребление ПАВ, знакомятся с распространяемой отобранной лирикой, а также вторичная – при целенаправленной работе специалистов с различными социальными группами риска.

В качестве варианта вторичной профилактики может служить терапия творческим самовыражением [3], в рамках которой возможны разные формы – как индивидуальные встречи специалистов с обратившимися к ним за помощью реципиентами, так и работа с различными социальными группами, например, в амбулаторных условиях психо-наркологических диспансеров или в анонимных сообществах зависимых и членов их социального окружения с обсуждением произведений искусств, включающих лирические тексты, что может быть важным направлением поддержания уровня качества жизни [11].

Таким образом, лирические произведения с присущей им проникновенностью могут служить в качестве эффективной профилактической меры в отношения потребления ПАВ. Отобранные тексты, как индукторы определенных мыслей, позволяют формировать отрицательные взгляды на аддиктивное поведение у представителей групп риска. Предложенный метод противодействия потреблению ПАВ может быть обозначен как «лирокоаддиктопрофилактика», лежащий в основе междисциплинарного профилактического подхода в работе с различными социальными группами, как при непосредственном контакте с потенциальными реципиентами в рамках волонтерских движений [15], так и при широком распространения «профилактических» текстов через средства массовой информации.

Список литературы:

1. Белянин В.П. Психолингвистика.– М.:ФЛИНТА: НОУ ВПО «МПСУ», 2013. – 416с.

2. Барабанова М. Я дилер – я мертв [Электронный ресурс]: URL: https://www.gazeta.ru/politics/2016/10/14_a_10251491.shtml (дата обращения - 17.10. 2016).

3. Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением: клиническая терапия творчеством, духовной культурой / М. Е. Бурно // Московский психотерапевтический журнал, 1999, №1. С. 19 – 42.

4. Группа Death Penalty Трезвые мысли [Электронный ресурс]: URL: http://xdeathpenaltyx.bandcamp.com/track/sober-thoughts (дата обращения 17.10.2016).

5. Минаева В. Главарь черных риелторов в Новосибирске получил пожизненный срок [Электронный ресурс]: URL: http://www.nsk.kp.ru/daily/26470/3340506/ (дата обращения - 17.10. 2016).

*6. Маюров А.Н. Сухой закон в Российской империи-РСФСР (1914-1920 годы)/ Александр Маюров // Экономические стратегии. - 2014. - **№ 4**. - С. 94-106.*

7. Николаев А.И. Основы литературоведения: учебное пособие для студентов филологических специальностей. – Иваново: ЛИСТОС, 2011

8. Нужный В.П. Негативные последствия употребления алкоголя и токсичность алкогольных напитков // Вопросы наркологии. – 2010. - №6. – С. 85-89

9. Салямон Л. О физиологии эмоционально-эстетических процессов [Электронный ресурс]: Опубликован в Содружество наук и тайны творчества. Сборник. — М., 1968. URL: http://www.aquarun.ru/psih/tvor/tvor13.html (дата обращения 13.03.2016)

10. Соловьев А.Г., Новикова Г.А. Профилактика пивной зависимости у подростков в условиях образовательных учреждений // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2013. - Т. 113. - № 6-2. - С. 69-71.

11. Соловьев А.Г., Сидоров П.И., Кирпич И.А. Оценка качества жизни больных хроническим алкоголизмом // Независимый психиатрический журнал. - 2000. - № III. - С. 37-41.

12. Солонько И.В. Концептуальная власть и ее средства управления обществом // Известия РГПУ им. А.И.Герцена. 2009. №107.

13. Ференц Н.С. - Основы литературоведения[Электронный ресурс]: URL: http://uchebnikionline.com/literatura/osnovi_literaturoznavstva_-_ferents_ns/osnovi_literaturoznavstva_-_ferents_ns.htm (дата обращения - 11.06.2016.)

14. Фельшериноу К. «Я, мои друзья и героин» [Электронный ресурс]: URL: http://knigosite.org/library/read/56099 (дата обращения - 17.10. 2016). (дата обращения - 17.10. 2016).

15. Харькова О.А., Червина Н.А., Парамонов А.А., Соловьев А.Г. Волонтерское движение как инновационный наркологический сервис // Экология человека. – 2007.- № 10. – С. 49-52

16. Хромов В. Мнемотехника. Искусство запоминания [Электронный ресурс]: URL: http://www.superidea.ru/intel/mem/iszap.htm (Дата обращения: 19.03.2016)

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА ЗДОРОВЬЯ В СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ КОНТЕКСТЕ

Смирнова Элеонора Валериевна
ФГБОУ ВО ВГУ, г. Воронеж, Россия

Ключевые слова: внутренняя картина здоровья, социально-психологические характеристики личности, социально-психологическая адаптированность, социальный самоконтроль, социально-психологическая фрустрированность.

Во всех гуманитарных науках центральное место занимает личность, понятие сложное и противоречивое. С одной стороны, личность – это объект общественных отношений, но с другой стороны, и их субъект, т.е. активное звено. Личность – это конкретный человек, осознающий себя и свое отношение к окружающим его людям и социальной действительности в целом, включенный в многообразные социальные отношения, занимающийся тем или иным видом деятельности и наделенный специфическими индивидуально-психологическими и социально-психологическими особенностями [1, 4, 7 и др.].

Осознанное и конструктивное отношение человека к своим потребностям, интересам и поведению невозможно без пристального внимания к собственному здоровью. Ключевую роль здесь играет внутренняя картина здоровья как органическая составная часть самосознания личности. В нашем понимании внутренняя картина здоровья представляет собой устойчивую интегрированную систему представлений, переживаний и установок человека в отношении своего физического, психического, психологического и социального состояния,

своего здоровья в прошлом, настоящем и будущем. На ее основе у личности складывается имплицитная концепция здоровья, которая задает модус поведения в отношении собственного тела и здоровья.

Из всего набора разнообразных человеческих способностей и качеств ведущую роль играют те, которые формируются в процессе общения и взаимодействия с другими людьми. Поэтому их называют социально-психологическими характеристиками личности. Ключевое значение среди них имеют, по нашему мнению, социально-психологическая адаптированность, социальный самоконтроль и социально-психологическая фрустрированность, ибо они напрямую связаны со здоровьем личности.

Известно, что социально-психологическая адаптация представляет собой процесс активного приспособления личности к условиям социальной среды, определенный способ ее взаимодействия с природным и социальным окружением. Содержательно социально-психологическую адаптацию можно определить как процесс психологического включения личности в сложившиеся структуры социальных, социально-психологических и профессионально-деятельностных связей и отношений, в исполнение соответствующих ролевых функций. Адаптация обеспечивает более или менее нормальную работу всех психических структур личности при воздействии внешних факторов, что выражается в принятии взвешенных решений, в адекватном прогнозировании развития событий и т.п. [7].

Бросается в глаза высокая вариативность социально-психологической адаптации. Как нам представляется, одним из определяющих факторов этой вариативности выступает характер и тип внутренней картины здоровья. Скажем, при пессимистической направленности внутренней картины здоровья успешность адаптации становится проблематичной, а при оптимистической – напротив, шансы на успешную адаптацию заметно повышаются. При позитивной мо-

тивационной ориентированности внутренней картины здоровья вероятность высокой социально-психологической адаптированности индивида возрастает, а при негативной мотивационной ориентированности, соответственно, снижается.

Адаптация неразрывно связана с социальным самоконтролем. Он предполагает интериоризацию социальных норм и требований, действие личностных нравственно-психологических механизмов, которые осуществляют непрерывный мониторинг поведения других людей и оценку его соответствия социальным предписаниям и ожиданиям. Человек осознает себя через наблюдение за другими членами общества (организациями, группами, отдельными людьми), постоянно сопоставляя себя с ними, усваивая в процессе социализации нормы поведения, социальные установки и ценности [2].

Социальный самоконтроль можно определить как механизм поддержания социального порядка, основанный на проверке субъектом фактически достигнутых лично им результатов деятельности в соответствии с социальными ожиданиями и нормами. Именно когда личность контролирует собственную психическую сферу, можно говорить о самоконтроле. Социальный самоконтроль включает систему разнообразных способов и стратегий, с помощью которых личность согласовывает свое поведение с социальными предписаниями и ожиданиями окружающих [5].

Особое значение приобретает самоконтроль в деле заботы человека о своем здоровье. Ведь эта забота имманентно предполагает ориентацию на здоровый образ жизни и отказ от вредных привычек. А действенность такого отказа прямо зависит от самоконтроля собственного поведения и образа жизни.

В тех случаях, когда по каким-либо причинам социально-психологическая адаптация срывается, и личности не удается достичь требуемого уровня социально-психологической адаптированности, она переживает

состояние фрустрации. Если это состояние встречается в жизни человека достаточно часто, он рискует обрести фрустрированность как постоянную личностную характеристику. Фрустрированностью принято называть такое психическое состояние личности, когда она утрачивает позитивное и конструктивное отношение к окружающему миру и к самой себе. В этом состоянии человек испытывает устойчивое внутреннее напряжение, вызванное острым конфликтом потребностей, ценностей, установок и ориентаций.

Особо отметим значимость проблемы социально-психологической фрустрации для медицинской психологии. Ведь длительное дестабилизирующее действие социальных фрустрирующих факторов (фрустраторов) формирует серьезную напряженность адаптационных механизмов личности и, как следствие, парциальную дезадаптацию (предболезнь). А в условиях малоэффективной психологической защиты и отсутствия или слабости социальной поддержки предболезнь закономерно перерастает в тотальную психическую дезадаптацию (болезнь) [3].

Возникновение фрустрированности связано среди прочего с негативной оценкой индивидом состояния своего здоровья, точнее, с сопоставлением своего здоровья со здоровьем окружающих. Если такое сравнение будет не в пользу данного индивида, и при этом он не будет видеть реальных возможностей исправить ситуацию, то это может способствовать формированию или закреплению у личности состояния социально-психологической фрустрированности. Потому можно предположить, что при негативной направленности внутренней картины здоровья вероятность высокого уровня социально-психологической фрустрированности значительно увеличивается. И, напротив, позитивный тип внутренней картины здоровья, скорее всего, будет коррелировать с низким уровнем фрустрированности.

Внутренняя картина здоровья имеет свою динамику. Так, в литературе выделяют пять основных этапов в развитии внутренней картины здоровья ребенка. На первом этапе формируется каркас эмоциональных реакций. На втором складывается базовое отношение к здоровью, основанное главным образом на подражании родителям. На третьем этапе формируется конкретно-ситуативное представление о здоровье и эмоциональное отношение к нему. Четвертый этап характеризуется выработкой целостного осознанно-оценочного отношения к своему здоровью. На пятом этапе происходит формирование социальных установок личности на свое здоровье в органическом единстве когнитивных, психоэмоциональных и поведенческих компонентов [6].

Подытоживая, следует отметить, что в силу сложности, динамичности и высокой вариативности внутренней картины здоровья ее изучение должно носить системный характер. При таком подходе внутренняя картина здоровья анализируется как сложная и гибкая система, элементы которой тесно взаимосвязаны и взаимозависимы.

В качестве перспектив дальнейшего исследования мы определяем эмпирическое выявление этапов формирования внутренней картины здоровья у взрослых людей, а также проверку наших предположений о связи внутренней картины здоровья с такими социально-психологическими характеристиками личности, как социально-психологическая адаптированность, социальный самоконтроль, социально-психологическая фрустрированность.

Список литературы:

1. Асмолов А.Г. Личность как предмет психологического исследования / А.Г. Асмолов. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. 104 с.

2. Кузнецова Е.М. Социальный контроль : сущность и роль в современном обществе / Е.М. Кузнецова // Становление и развитие рыночных от-

ношений в регионе. Материалы международной научно-практической конференции. Омск: Вестник Филиала ВЗФЭИ в г. Омске. 2005. Режим доступа: http://www.aup.ru/articles/socupr/10.htm (дата обращения: 11.04.2016).

3. Куликов Л. В. Осознание здоровья как ценности / Л.В. Куликов // Психология здоровья. СПб.: Мысль, 2000. С. 240–284.

4. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность / А.Н. Леонтьев. М.: Смысл; Академия, 2004. 345 с.

5. Никифоров Г.С. Самоконтроль человека / Г.С. Никифоров. Л.: Изд-во ЛГУ, 1989. 191 с.

6. Психология здоровья : учебник для вузов / под ред. Г.С. Никифорова. СПб.: Питер, 2003. 607 с.

7. Шибутани Т. Социальная психология / Т. Шибутани. Ростов-на-Дону: Феникс, 2002. 544 с.

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА, ПЛАНИРУЕМЫХ НА КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ

Солодухин Антон Витальевич[1, 2], ТрубниковаОльга Александровна[1], Малева Ольга Валерьевна[1], Серый Андрей Викторович[2], ЯницкийМихаил Сергеевич[2], Барбараш Ольга Леонидовна[1]

[1]НИИ КПССЗ, г. Кемерово, Россия

[2] ФГБОУ ВО КемГУ, г. Кемерово, Россия

Ключевые слова: внутренняя картина болезни, сахарный диабет 2-го типа, ишемическая болезнь сердца, коронарное шунтирование.

Сахарный диабет (СД) 2-го типа в связи с большой распространенностью и тенденцией к росту представляет собой серьезную медико-социальную проблему. В последнее время растет и количество пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с СД 2-го типа, что сопровождается ростом числа больных диабетом, подвергающихсякоронарному шунтированию (КШ) [1-3]. Зачастую у пациентов с ИБС в сочетании с СД 2-го типа могут наблюдаться различные психоэмоциональные нарушения, что может привести к недооценке своего состояния, отказу от операции, игнорированию всех врачебных рекомендаций [4].Внутренняя картина болезни отражает позицию пациента, уровень психологической готовности к предстоящей операции. И ее определение может помочь медицинскому персоналу в комплексной подготовке к операции.

Цель исследования: Изучение внутренней картины болезни у пациентов в зависимости от наличия СД 2-го типа перед проведением коронарного шунтирования.

Материалы и методы. В исследование включены 53 пациента,средний возраст общей группы составил 61,3 ± 6,6 лет. Пациенты были разделены на 2 группы: группа пациентов с СД 2-го типа - 16 (30, 2%), и без СД - 37 (69,8%).

Критериями включения были планируемое КШ; согласие пациента на проведение исследования. Критериями исключения были возраст пациента 80 лет и более, стенозы сонных артерий 50% и более, наличие тяжелых нарушений ритма, хронические обструктивные заболевания легких,заболевания центральной нервной системы, травмы головного мозга, эпизоды нарушения мозгового кровообращения, онкологические заболевания, отказ пациента от начала или продолжения исследования.

Психологическая диагностика внутренней картины болезни проводилась при помощи опросника «Тип отношения к болезни по А.Е. Личко».

Результаты исследования.

Согласно проведенному исследованию13 пациентов (24,5%) имели один из типов отношения к болезни в «чистом виде». У 40 (75,7%) пациентов наблюдалось сочетание типов отношения к болезни. У пациентов с СД 2-го типа чаще всего наблюдается комбинация гармоничного и эргопатического типов и отсутствует анозогнозический тип отношения к болезни. У пациентов без СД дополнительно выделяется сочетание гармоничного, эргопатического и анозогнозическоготипа отношения к болезни(Таблица 1).

Таблица 1

Типы отношения к болезни пациентов, готовящихся к коронарному шунтированию (n=53)

Типы отношения к болезни в чистом виде, n (%)			Сочетания типов отношения к болезни, n (%)		
Гармоничный	Пациенты без СД	Пациенты с СД 2-го типа	+ Эргопатический	Пациенты без СД	Пациенты с СД 2-го типа
	3 (5,7)	2 (3,7)		10 (18,9)	7 (13,2)
			+ Анозогнозический	5 (9,4)	0 (0)
			+ Эргопатический +анозогнозический	9 (17)	0(0)
Эргопатический	1 (1,9)	2 (3,7)	+ Анозогнозический	3 (5,7)	0 (0)
			+ Сенситивный	0	1 (1,9)
Анозогнозический	1 (1,9)	0	+ Неврастенический + сенситивный	0	1 (1,9)
			+ Сенситивный + ипохондрический	1 (1,9)	0 (0)
Тревожный	2 (3,7)	1 (1,9)	+ Сенситивный	1 (1,9)	1 (1,9)
Сенситивный	1 (1,9)	0 (0)	+ Неврастенический + ипохондрический	0 (0)	1(1,9)

Заключение: Выявлено, что у пациентов с СД 2-го типа чаще всего наблюдается комбинация гармоничного и эргопатического типа отношения к болезни, тогда как у пациентов без СД сочетаниегармоничного, эргопатического и анозогнозическоготипов. Это дает основания проводить дифференцированный подход при выборе тактики психологического сопровождения, необходимого для оказания качественной реабилитационной помощи пациентам перед КШ.

Список литературы:

1. *Акчурин, Р. С., Власова, Э. Е., Мершин, К. В.Сахарный диабет и хирургическое лечение ишемической болезни сердца/ Р. С. Акчурин, // Вестник Российской академии медицинских наук – 2012. - № 1*

2. *Boden, W. E. Diabetes with coronary disease - a moving target amid evolving therapies? / W. E. Boden, D. P. Taggart // N. Engl. J. Med. – 2009. – Vol. 360. – P. 2570–2572.*

3. *Hueb, W., Lopes N.H., Gersh B.J., Soares P., Machado L.A., Jatene F.B. et al. Five-year follow-up of the Medicine, Angioplasty, or Surgery Study (MASS II): A randomized controlled clinical trial of 3 therapeutic strategies for multivessel coronary artery disease. Circulation. 2007; 115: 1082–9*

4. *Целина, М.Э. Основные синдромы в клинической картине нервно-психических расстройств при сахарном диабете/ М.Э. Целина //Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2001.-N 3.-С.16-19*

АНАЛИЗ СЕМЬИ КАК ИСТОЧНИКА ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМАТИЗАЦИИ БОЛЬНОГО В РАБОТЕ ПСИХОЛОГА

Сонникова Анна Сергеевна

ФГБОУ ВПО «ВГУ», г. Воронеж, Россия

Ключевые слова: семья, психическая травма, психическое переживание, патогенная ситуация.

Взаимодействие различных специалистов – врачей и психологов в лечении человека, имеющего соматические или нервно-психические заболевания, в последнее время получает все большее распространение. Выявление психологических факторов болезни позволяет реализовать комплексный подход к лечению и значительно повысить его эффективность. Одним из таких факторов является психическая травма.

Под психической травмой понимают тяжелые индивидуальные психические переживания, играющие значительную или основную роль в этиопатогенезе, клинике и течении нервно-психических заболеваний. Семья, воздействуя на личность и психические процессы ее членов, может вызывать у них нарушения психического здоровья.

Центральное место в структуре психотравмирующего переживания занимает определенное эмоциональное состояние, что обусловлено как важным местом эмоций в организации и интеграции психических процессов, так и их ролью во взаимосвязи психических и соматических систем личности. Психотравмирующее переживание воздействует на личность в силу его выраженности, длительности или повторяемости. К психотравмирующимотносятся лишь те отрицательные переживания, которые могут быть причиной определенной кли-

нической патологии. Это состояния неудовлетворенности, тоски, подавленности (субдепрессивные состояния), тревоги, страха, беспокойства, неуверенности, беспомощности, эмоциональная напряженность, а также сложные совокупности состояний, возникающих при наличии внутреннего конфликта, столкновении индивида с непомерными препятствиями и трудностями. Важнейшей чертой психотравмирующих переживаний является их центральное место в структуре личности, их особая значимость для индивида.

Особое место в учении о психической травме занимает понятие о патогенной ситуации, представляющей собой совокупность факторов, непосредственно детерминирующих психотравмирующее переживание[1].

Значимость семейных отношений в формировании патогенных ситуаций и психических нарушений объясняется рядом обстоятельств:

1. Центральным местом семьи в системе взаимоотношений личности. На ранних, наиболее важных для дальнейшего развития этапах жизни индивида семья является единственной, а позднее – одной из наиболее важных социальных групп, в которые он включен.

2. Многогранностью семейных отношений и их зависимостью друг от друга. Между сферами досуга, домашнего хозяйства, эмоциональных и сексуально-эротических взаимоотношений существует теснейшая взаимосвязь. Любые более или менее значительные изменения в одной из них вызывают «цепную реакцию» изменений во всех других.

3. Особой открытостью и, соответственно, уязвимостью члена семьи по отношению к различным внутрисемейным влияниям, в том числе травматизирующим. В семье индивид более доступен воздействию со стороны других членов семьи.

Психические травмы семейной этиологии, как и любые другие, могут быть короткими и длительными, единичными и повторными. В то же время са-

ма длительность семейных отношений создает особенно благоприятные предпосылки для длительно действующих, закономерно и часто повторяющихся психических травм.

При анализе роли семьи в психической травматизации личности особую значимость имеют случаи устойчивой патогенной ситуации, обусловленной всей совокупностью семейных отношений в данной семье. Семейная жизнь воспринимается индивидом в целом как травматизирующая.

Среди многочисленных семейно обусловленных травматизирующих состояний выделяют следующие четыре вида, играющих особенно важную роль:

1. Состояние глобальной семейной неудовлетворенности. Возникновение данного переживания определяется резким расхождением между реальной жизнью семьи и ожиданиями индивида. В результате этой патогенной ситуации у индивида возникает состояние осознаваемой или неосознаваемой фрустрации. Фрустрация порождает многочисленные последствия (в частности, обусловленные действием разнообразных защитных механизмов), часть которых при их достаточной выраженности и наличии определенных личностных особенностей приводит к различным психогенным заболеваниям. Степень осознанности данного состояния в значительной мере определяет характер травматизирующего влияния.

2. «Семейная тревога». Это состояние тревоги у одного из членов семьи, нередко плохо осознаваемые и плохо локализуемые. Данный тип тревоги проявляется в сомнениях, страхах, опасениях, касающихся, прежде всего семьи. На внесемейные сферы эта тревога обычно не распространяется. Как правило, в основе «семейной тревоги» лежит плохо осознаваемая неуверенность индивида в каком-то очень важном для негоаспекте семейной жизни. Также важными составляющими «семейной тревоги» являются чувство беспомощности и ощуще-

ние неспособности вмешаться в ход событий в семье, направить его в нужное русло.

3. Семейно обусловленное непосильное нервно-психическое и физическое напряжение. Работы И. П. Павлова имеют большое значение в раскрытии природы этого состояния. Основываясь на учении о высшей нервной деятельности, он выделил следующие источники перенапряжения: перенапряжение тормозного процесса, подвижности нервных процессов, столкновение (или сшибка) противоположных процессов. Существует несколько способов формирования семьей непосильного нервно-психического напряжения личности:

1) создание для индивида ситуации постоянного психологического давления, трудного или даже безвыходного положения;

2) создание препятствия для проявления членами семьи определенных, чрезвычайно важных для них чувств, для удовлетворения существенных потребностей;

3) создание или поддержание внутреннего конфликта у индивида.

В том случае, если семья периодически возбуждает и поддерживает у индивида определенные стремления, создает у него веру в возможность их реализации, а затем фрустрирует их, нервно-психическое напряжение членов семьи достигает особой силы

4. Чувство вины.Вданном случае индивид более или менее осознанно чувствует себя помехой для окружающих, действительным или мнимым виновникомвсех семейных неудач, склонен воспринимать поведение других членов семьи как обвиняющее, укоряющее, хотя в действительности оно таким и не является. Поведенческие проявления чувства вины таковы: с одной стороны, «оправдательная активность» - индивид прилагает огромные усилия, чтобы стать полезным семье, оправдать свое существование; с другой стороны, стремление занимать как можно меньше места – минимализм притязаний, крайняя

уступчивость, склонность брать на себя вину за действительные и мнимые упущения [3].

Семья не является единственным источником патогенных ситуаций, они могут складываться и вне ее. Однако и в этом случае семья может активно участвовать в процессе травматизации, определяя степень чувствительности индивида, его способность к противостоянию и выбор способа преодоления патогенной ситуации. Это имеет место и тогда, когда семья является основным источником травматизирующего переживания. В этом случае она и вызывает это переживание, и, в силу других своих особенностей, определяет чувствительность к травме и особенности реагирования индивида на нее [2].

Таким образом, семейно обусловленные психотравмирующие переживания являются тем фактором, который способствует трансформации нарушения жизнедеятельности семьи в нервно-психическое или соматическое расстройство индивида. Кроме того, существуют различные способы косвенного участия семьи в процессе травматизации. Значимость анализа семейной ситуации больного в деятельности психолога несомненна, поскольку устранение психотравмирующей ситуации или изменение отношения к ней может привести к уменьшению или исчезновению симптоматики.

Список литературы:

1. Мясищев В. Н. Личность и неврозы. Ленинград : Изд-во Ленингр. ун-та, 1960. 426 с.

2.Ушаков Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства. М.: Медицина, 1987. 303 с.

3. Эйдемиллер Э. Г., ЮстицкисВ. В. Психология и психотерапия семьи. СПб.: Питер, 2008. 672 с.

ВЛИЯНИЕ ТИПА ТЕМПЕРАМЕНТА НА ЗДОРОВЬЕ ПАЦИЕНТОВ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Сотникова Виктория Викторовна, Прядко Анастасия Олеговна
УО "ГоГМУ", г. Гомель, Республика Беларусь

Ключевые слова: темперамент, нервная система, функциональное состояние организма, холерик, меланхолик, флегматик, сангвиник.

Темперамент как общеличностная характеристика индивидуальности человека отражает динамическую сторону психической деятельности, в отличие от способностей, которые определяют содержательную сторону поведения, т.е. возможность успешного выполнения той или иной деятельности. Под динамикой психической деятельности (поведения) понимают скорость изменения, выраженность и устойчивость разнообразных психических процессов и состояний, характерных для того или иного индивида. Темперамент проявляется в темпе, быстроте, ритме и интенсивности психических процессов и состояний [1].

Темперамент характеризует динамические особенности протекания психических процессов и состояний, то есть темп, ритм, быстроту, силу. Теорий, объясняющих механизмы темперамента, насчитывается очень много, но все их можно условно разделить на 3 группы: гуморально-эндокринные, конституциональные, нейродинамические.

Гуморально-эндокринная теория берет свое начало от Гиппократа, который пришел к заключению, что в организме смешиваются четыре влаги, или сока: кровь — теплое начало; слизь — холодное начало; черная желчь — влажное начало и желтая желчь — сухое начало. В зависимости от преобладания ка-

кого-либо начала складываются и особенности человека. Спустя 5 веков Гален описал типологию темпераментов, названия которых берутся от греко-латинских корней: флегматик ("флегма" — слизь); холерик ("хойле" — желчь); меланхолик ("мелане хойле" — черная желчь) и сангвиник (sangis —кровь). Эти названия темпераментов сохранились и в современном языке [2].

Конституциональные теории темпераментов разрабатывали Э. Кречмер и У. Шелдон. В классификации У. Шелдона названия выделенных конституциональных типов соответствовали преобладанию тех или иных эмбриональных структур человека: мезоморф, эндоморф и экзоморф. В основу классификации Э. Кречмера положено представление о том, что различия в типах строения тела (особенность роста, полноты, пропорций частей тела) указывают на определенные различия в темпераменте.

О связях характера с телом, а именно с эндокринной системой в последние годы свидетельствуют исследования Хоппена, который занимался изучением индекса андрогенности. Хоппен показал, что у астеников половое созревание наступает позже, и максимум насыщения эндрогенами короче, чем у нормостеников (атлетов). Пикники занимают промежуточное положение. В результате различия в эндокринной формуле, костная система астеников позднее прекращает свой рост в длину и в меньшей степени обладает потенцией роста в ширину. Хоппен полагает, что эндокринная недостаточность некоторых конституциональных типов приводит к стресс-интолерантности, а в дальнейшем к развитию психосоматических заболеваний.

В отечественной литературе довольно много исследований о связи антропометрических характеристик с физиологическими и психологическими особенностями человека; в них также отражена зависимость от особенностей эндокринного функционирования. Было показано, что у людей со слабой мужской компонентой (с низким уровнем андрогенов) в соматической конституции

происходит нарушение вегетативной нервной системы, что проявляется в лабильности, неустойчивости, в наклонности к дистонии, а в психической деятельности – к снижению витальных чувств, застенчивости, склонности к теоретизированию, фантазированию и к снижению социальной активности. Вегагинекоформные типы — женственны, грациозны, интровертированы, отличаются замкнутостью, сдержанностью, тревожны, нуждаются в социальной поддержке. Пикноандроморфные типы — экстравертированы, отличаются хорошим физическим тонусом, сильной витальностью, самостоятельностью поведения и прагматическим мышлением. Все эти классификации и находки близки к клиническим открытиям Э. Кречмера [3].

Основоположником нейродинамической теории темперамента, объясняющий его с позиций функциональной типологии высшей нервной деятельности, был И.П. Павлов. Он выделил 3 основных свойства нервной системы: силу, подвижность и уравновешенность процессов возбуждения и торможения. Он считал, что сочетание этих свойств определяет тип высшей нервной деятельности и темперамент, как проявление этого типа в поведении.

В исследованиях В. С. Мерлина были установлены многочисленные многозначные связи между свойствами нервной системы и свойствами темперамента, что по существу означает, что одно и то же свойство темперамента может быть обусловлено несколькими свойствами нервной системы, и одно и то же свойство нервной системы может влиять на сразу несколько проявлений темперамента.

Какие бы теории ни укладывались в основу темперамента, большинство исследователей, как отечественных, так и зарубежных, определяют темперамент как устойчивую, врожденную, базовую характеристику, которая определяет разнообразие поведенческих проявлений. Кроме того, темперамент является первоосновой, определяющей индивидуальные особенности поведения с

самых первых месяцев жизни и оказавшиеся устойчивыми на протяжении многих лет или всей жизни в целом. Факт устойчивости проявления черт темперамента подтвержден долгосрочными исследованиями американских психологов А.Томаса и С.Чесс с сотрудниками, наблюдавшими проявления темперамента у одних и тех же детей в младенческом, 5- и 10-летнем возрасте.

Для характеристики темперамента важно описание не отдельных его характеристик, а их сочетание. Так, для сангвиника характерным является высокая нервно-психическая активность, разнообразие и богатство мимики и движений, эмоциональность, впечатлительность и лабильность. Эмоциональные переживания сангвиника неглубоки, а его подвижность при отрицательных воспитательных воздействиях приводит к отсутствию должной сосредоточенности, поспешности, а иногда и поверхностности. Для холерика характерны высокий уровень нервно-психической активности и энергии действий, резкость и стремительность движений, сила, импульсивность и яркая выраженность эмоциональных переживаний. Флегматик характеризуется низким уровнем активности поведения и трудностью переключения, медлительностью и спокойствием действий, мимики и речи; ровностью, постоянством и глубиной чувств и настроений. В случае неудачных воспитательных воздействий у флегматика могут развиться такие отрицательные черты, как вялость, бедность и слабость эмоций, склонность к выполнению одних лишь привычных действий. Меланхолика характеризуют низкий уровень нервно-психической активности, сдержанность и приглушенность моторики и речи, значительная эмоциональная реактивность, глубина и устойчивость чувств при слабом их выражении. При неудачных воспитательных воздействиях — повышенная до болезненности эмоциональная ранимость, замкнутость и отчужденность, склонность к тяжелым внутренним переживаниям таких жизненных обстоятельств, которые этого не заслуживают [2].

Работа сердечной и нервной системы в значительной степени зависит от темперамента человека. Частота сердечных сокращений наибольшая у холериков (85 и более уд/мин). Аритмия чаще встречается у холериков и меланхоликов. Электическая ось сердца у сангвиников и флегматиков в 60% нормальная, у меланхоликов и холериков преимущественно вертикальная (60% и 75% соответственно). Корелляция уровня катехоламинов с другими параметрами встречается преимущественно среди мальчиков — у холериков, среди девочек — у меланхоликов [4].

Следует отметить, что темперамент может изменяться в течении жизни, в частности у пациентов отделений ОРИТ преобладают меланхолический и холерический тип темперамента. Таким образом, проявление свойства силы будет зависеть от функционального состояния организма, а скорость смены функционального состояния – от силы нервной системы [5].

Заключение. Таким образом, можно сделать вывод о том, что тип темперамента в значительной степени влияет на функционирование систем органов у человека. Что особенно важно в отделении ОРИТ. Например, меланхолики, ввиду слабости нервных процессов, подвержены большему числу осложнений и им рекомендуется психокоррекция наряду с основной терапией. Рекомендуется учитывать, что частота пульса у холериков имеет склонность к тахикардии.

Список литературы:

1. Мурик С. Э. Свойства нервной системы и темперамент : учеб. пособие / С. Э. Мурик. — Иркутск : Изд-во Иркут. гос. ун-та, 2008. — 188 с.

2. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология : учебное пособие / Б. Д. Карвасарский. — Москва, 2004. — 551 с.

3. Соложенкин В.В. Психологические основы врачебной деятельности : Учебник для студентов высших учебных заведений. – М., 2003. — С. 201—210

4. Китаева М. А., Русинова С. И. Показатели сердечно-сосудистой системы подростков 11—17 лет с разным типом темперамента // Успехи современного естествознания. 2014. №5-1. — С. 77—80.

5.Савинова, О.С. Медико-социально-психологический статус пациентов, получающих помощь в условиях анестезиолого — реанимационного отделения стационара / О.С. Савинова, Д.Л. Мушников, В.А. Козлов, Д.М. Дрожжин // Вестник Здоровье и образование в XXI веке. 2015. № 2. — С. 35—36.

ТЕАРПИЯ ВОСПОМИНАНИЯМИ

Столярова Валентина Викторовна
КГМУ, г. Караганда, Казахстан

Ключевые слова: терапия воспоминаниями, реабилитация, ресоциализация, когнитивные расстройства, психотерапия.

В последнее время в связи с пристальным вниманием общества к проблемам когнитивных расстройств, связанное с увеличением продолжительности жизни и соответственно увеличение срока трудоспособности указывает на необходимость внедрения новых технологий для решения различных задач с акцентом на улучшение качества реабилитации и ресоциализации. Изучение этой группы расстройств является актуальным в настоящее время, так как своевременное выявление сопутствующей патологии у лиц, страдающих деменцией, позволит начать адекватную терапию и предотвратить риск возникновения возможных тяжелых последствий, подчеркивая необходимость разработки методов терапии, отвечающим социальным и эмоциональным потребностям пациентов с деменцией.Частота встречаемости деменции возрастает с увеличением возраста: от 2% в популяции до 65 лет до 20% у лиц в возрасте 80 лет и старше. Среди лиц старше 65 лет примерно у 9% имеется легкая или умеренная деменция, у 5% - тяжелая деменция [1].

Одним из перспективных способов социальной помощи является использование пожилыми людьми собственных ресурсов, среди которых немаловажное значение приобретают воспоминания. Воспоминания как внутренние, идеальные, благоприобретенные в течение жизни ресурсы способны компенсировать утрату пожилыми людьми прежних социальных ролей и актуализировать

новые, поддерживать высокий уровень самооценки и помочь в поиске смысла жизни в пожилом возрасте. Использование воспоминаний способствует восприятию пожилого человека в качестве субъекта социального действия, которому присущи активность, опора на внутренний мир, способность к изменению, саморазвитию, видению перспективы, многомерности существования. Сами пожилые люди не только хотят быть объектом помощи, но и сами стремятся помогать другим, быть полезными.Воспоминания эмоционально восполняют жизнь пожилого человека, являясь хорошей формой психологической адаптации, способствуя эмоциональному и интеллектуальному комфорту и спасая от одиночества, отчуждения и депрессии[2,3,4,5].

Впервые терапия воспоминаниями была разработана Норрисом в 1986 году. Предпосылкой к этой теме были работы Батлера (1963) в которых он описывал способность людей возвращаться к своему прошлому опыту, размышлять о нерешенных трудностях, конфликтах. Эта концепция была включена в психотерапию с пациентами с когнитивными и аффективными расстройствами. Существует ряд работ, подтверждающие, что терапия воспоминаниями помогает в сокращениисимптомов депрессии у пожилых людей (Bohlmeijer2003; Scogin 1994). Несмотря нане достаточное количество высококачественных исследований по изучению эффективности терапией воспоминаниями, данный вид нефармакологического лечения пациентов с когнитивными расстройствами пользуется во многих странах популярностью во всем мире при этомкак вКазахстане, так и в России данным видом психотерапии стали заниматься сравнительно недавно.

Важно различать два направления данной терапии: первое представляет собой групповую работу с общими темами и второе – индивидуальная работа с клиентом с проработкой личных событий и зачастую болезненных воспоминаний. Регулярные встречи с частотой один или два раза в неделю минимум 6

встреч с использованием воспоминаний жизненной истории пациентов, литературных произведений, писателей, музыки, фильмов, воспоминание по фотографиям из семейного альбома или с использованием других знакомых предметов.Также полезны воспоминания о способах приготовления пищи, совместное пение, занятие творчеством, содействие социальным взаимодействиям пациентови повышение ихсамооценки.Могут обсуждаться последние мероприятия, события и переживания. Этот способ применяют с целью улучшить психологическое благополучие пациентов, помочь человеку оживить его прошлые, особенно значимые, положительные переживания и эмоции, такие как семейные праздники,веселые случаи, произошедшие с ними когда-то.Вследствие чего формируется поддержка пациентов, нивелирование чувства изоляции, усиление положительных эмоций, улучшение навыков самообслуживания, стимулирование когнитивных функций,а так же снижение уровня тревоги и повышению стрессоустойчивости у родственников пациента.

Таким образом,терапия воспоминаниями является весьма перспективным методом. Позволяет совместно с медикаментозным лечением улучшать качество жизни пациентов, способствует превенции прогрессирования болезни.

Список литературы:

1. Зуйкова Н.Л. , Шестерова О.А.О психотерапии старшего поколения//Тюменский медицинский журнал.-2012.-№1.-С.-46-47

2. ТурдубаеваЭ. К. Насилие над пожилыми людьми в обществе и в семье: решение проблем//социология семьи. 2007. № 4 С.- 89-95

3. НагорноваН. А.Психологическая помощь при болезни альцгеймера, стадия пятая из семи//Сборники конференции НИЦ наукосфера.-2012.-№ 11.-С.-117-119

4. Скок Н.И. К вопросу о влиянии на адаптацию ограниченных возможностей здоровья человека//Вестник Челябинского государственного университета.-2014.- № 13 (342).-С.-120-123

5. Cynthia K. S.Structured Group Reminiscence: An Interventionfor Older Adults//The Journal of Continuing Education in Nursing.- 2009 .-Vol 40.-№ 1.- С521,528

ГЕНДЕРНАЯ СПЕЦИФИКА И ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ОНКОЛОГИЕЙ

Сушкова Елена Вячеславовна
ФГБОУ ВО ВГУ, г. Воронеж, Россия

Ключевые слова: онкология, образ тела, гендер, танатотерапия, утрата.

По данным GLOBOCAN 2012, IARC (Международного Агентства по Исследованию Рака) Россия в 2012 году заняла 5-е место в мире по числу смертей онкологических больных, составляющих более двухсот девяноста тысяч случаев. При этом, заболевание выявляется в большинстве ситуаций на третьей и четвертой стадии, что осложняет возможность выздоровления[3].

Медицина, гибко реагируя на изменения в обществе, развивает все больше методов помощи заболевшим, синтезируются новые препараты, методы борьбы с новообразованиями, улучшаются условия пребывания в больницах. Однакозначительно недавно медицинский персонал начал осознавать ту значимость, которую имеет в этой проблеме психология. Это создает необходимость определения перспективных линий работы психологов в сфере помощи онкобольным, а также обозначение возможных трудностей.

Во-первых, часто опухолевые заболевания, с точки зрения психологов, относятся к психосоматическим, возникающим ввиду внутриличностных конфликтов. Из этого следует, что профилактика возможна, если медик-специалист, испытывая трудности в лечении пациента по причине его эмоциональной дисгармонии, направит пациента к психологу. Кроме того работа с больным на ранней стадии диагностики онкологии в паре с психологом позво-

лит усилить воздействие по борьбе с болезнью, так как оно будет не только физиологическим, но и личностным, а значит станет возможнымвыявление причины заболевания.

Во-вторых, очевидно необходимой является психологическая помощь пациенту, узнавшему о своем диагнозе. При этом не имеет доминирующего значения возраст больного, столкновениес возможностью своей смерти является пугающим в любой период. Страх смерти является экзистенциальным, базовым, который при адекватном содержании является важным, для осознания цены жизни. К сожалению, в рамках общества у нас принято отгораживаться от одной мысли о конечности своего существования, прятаться самим, прятать своих детей. Ввиду этого, столкнувшись с такой ситуацией лицом к лицу, помимо проблем со здоровьем, ярко проявляются психологические затруднения, стрессы, апатия, тревога, паника. Общение с больным, оказание ему поддержки, консультирование способно «собрать» клиента, нормализовать психологическое состояние и активизировать ресурс для борьбы с возникшем заболеванием. Психологическая терапия в данном случае возможна методами танатотерапии. Название области — «танатотерапия» — очень четко обозначает главную цель такой терапии — оказание специфическойпомощив установлении и восстановлении утраченного максимально полного контакта с процессами смерти и умирания[1].

Необходимой сферой деятельности психолога при сопровождении пациента с диагнозом «онкология» является работа с образом тела. Понятие «образ тела» было введено в психологию П. Шильдером (1935). В конструкте образа тела принято выделять два компонента: перцептивный (восприятие формы и размеров тела) и оценочный (степень удовлетворенности своей внешностью)[2]. В связи с заболеванием нарушится может один из них или оба. Работа может выстраиваться через дистанцирование больной части, повторное знаком-

ство с ней, изучение ее особенностей, принятие измененной части тела, как части самого себя. Необходимо вернуть доверие, контакт с поврежденным телом, что может способствовать снижению агрессивности заболевания.

В ходе психологического сопровождения нужно учитывать гендерные особенности пациента, которые будут влиять на переживание им болезни. Опираясь на ранее проведенные нами исследования (2016 год), в ходе которых удалось установить доминирующие защитные механизмы маскулинных и феминнных юношей и девушек, мы можем предположить, что маскулинные пациенты будут справлятся с изменениями, вызванными заболеванием, скорее прибегая к таким механизмам психологической защиты как отрицание или рационализация, что может привести к запрету на проявление аффективного компонента, то есть эмоций, вызванных знанием о болезни. Следовательно, сопровождение может быть ориентировано но проговаривание и переживание эмоций, что предотвратит их купирование внутри и, возможно, усугубление психосоматики. Феминнныеонкобольные могут прибегнуть к таким защитным механизмам, как регрессия и реактивное образование, то есть пассивность и ощущение бессилия в борьбе с болезнью, поиск постоянной помощи и поддержки или излишне активный образ жизни, стремление все успеть, что может проявиться в небрежном отношении к себе, и как следствие, усугубление динамики течения заболевания. Работа психолога в данном случае может быть направлена на мотивацию борьбы с болезнью, а не проживание оставшихся дней в тоске или неадекватной активности, и поиску ресурсов внутри личности, а не в окружающих и близких людях.

Не менее важной задачей психологии является оказание поддержки близким пациента, имеющего диагноз онкологического заболевания. Для больного важна привычная, спокойная и благоприятная среда, где он может на время забыть о тех глобальных изменениях, которые произошли в его жизни. Для этого

психологу необходимо нормализовать психологический фон среди близкого окружения, продемонстрировать им значимость их принятия и поддержки для пациента, веры в него, а не жалости и преждевременной скорби.

Еще одной сферой деятельности психолога является работа с медицинским персоналом. Работа в онкологических центрах, отделениях, опасна быстрым профессиональным выгоранием, а значит снижением ресурсов для оказания помощи пациентам. Работа психологов со специалистами, обучение навыкам релаксации, эмоциональной разгрузки, поможет сохранить их здоровье и силы, для продолжительной и эффективной помощи.

Следующая сфера работы психолога связана с консультированием в случае утраты. Большой процент смертности от онкозаболеваний вереницей тянет за собой психологические трудности тех людей, которые поддерживали больного, надеясь на его выздоровление. Исходы для близких очень различны: от адекватного переживания утраты с дальнейшим включением в социальную жизнь до возможных случаев суицида. Профессиональная психологическая помощь семье, понесшей утрату, – одна из самых важных задач включения психологов в работу в диалоге с медицинским персоналом.

К счастью, выздоровление от рака является возможным, снижение риска продолжения роста опухоли и возврат бывшего пациента к привычной ранее жизни. Но и здесь немаловажную роль играет психолог. Часто время болезни тянется до нескольких лет, которые пациент проводит в стенах больницы, после выхода из которой необходимой является ресоциализация, повторное включение в среду с учетом уже того возраста, тех черт характера и особенностей, которые были приобретены во время болезни. Психологическое сопровождение бывших пациентов – слабо налаженная область, требующая корректировки и развития. Эта деятельность важна и для предотвращения рецидивов, возможных снова из-за психологических затруднений в новой среде.

Таким образом, мы видим необходимость работы специалистов в диалоге, что повышает шанс противостоять онкологическим заболеваниям. К сожалению, трудности, существующие в данной сфере, не устранены. Во-первых, прослеживается недостаточное желание врачей привлекать к своей работе психологов, что несколько снижается в последнее время. По перечню описанных выше задач и направлений деятельности очевидна необходимость участия ряда психологов-специалистов, однако чисто психологов в медицинских учреждениях ограничено. На наш взгляд, грамотная политика образования, здравоохранения и трудоустройства сделает возможным повышение эффективности борьбы с онкологией благодаря включению в нее квалифицированных психологов.

Список литературы:

1. Баскаков Ю. В. Танатотерапия. Теоретические основы и практическое применение. / Ю. В. Баскаков. – Москва: Институт общегуманитарных исследований, 2007. – 175 с.

2. Скугаревский О. А., Сивуха С. В. Образ собственного тела: разработка инструмента для оценки. / О. А. Скугаревский, С. В. Сивуха. // Психологический журнал. – 2006. - №2. – С. 40 - 48.

3. Статистика: онкология в мире / livejournal.com: блог-платформа. 2005. URL :http://adibrova.livejournal.com/325471.html (дата обращения: 06.10.16).

ПЕРЕЖИВАНИЕ НАСИЛИЯ: ПСИХОСИНЕРГЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМЕ

Таусинова Ольга Константиновна

КГПУ им. В. П. Астафьева, г. Красноярск, Россия

Ключевые слова: насилие, переживание, точка бифуркации.

Изучение агрессивного поведения и семейного насилия привлекает сегодня самое пристальное внимание исследователей разных областей науки (в психологических науках:В.В. Бойко, Е. Н. Волкова, Н.Д. Левитова, О.Ю. Михайлову, А.К. Осницкого, Т.Г.Румянцеву, Н. В. Тарабрина, Э. Фромм, З. Фрейд,и др., в социологических науках:Б. Ф. Булатова, Т. А. Вахмянина, П. Г. Пономарев, И. В. Сошникова, и др. , в криминологических науках:Ю. М. Антонян, А. Н. Ильяшенко, А. В. Наумова, С. В. Максимова, В. П. Ревинаи др.).

Область психологии насилия представляет собой обширную область, наиболее интенсивно разрабатывающуюся в мировой психологии последнюю четверть века (Д. Левинсон, Дж. Кобрин, Д. Финкелхор, Д. Иваниек, К. Брон, Р. Лэнг, Э. Миллер, и др.). В отечественной психологической науке данноенаправление исследований сравнительно молодо (Сафронова Т. Я., Соколова Е. Т., Цимбал Е. И. и др.).

По колличеству зафиксированных эпизодов насилия Россия уступает только некоторым латиноамериканским и африканским государствам, превосходя США в 3 раза, страны Западной Европы — более чем в 15 раз [2]. Эти цифры — только вершина айсберга семейных трудностей, которые становятся достоянием гласности в последние двадцать лет и редко проникают в печать из сводок МВД.

Переживание последствий психологической травмы у подростков, подвергшихся насилию в семье, приводят к серьезным трудностям социализации, развития, сохранения психологического здоровья. [6]

Ситуация насилия является кризисной, чрезвычайной, психотравмирующей ситуацией ведущей к предельному значению личностной энтропии.

В результате совершенных действий особенно остро встает вопрос, о проблеме конструктивного переживания насилия, и успешного выхода из данного процесса, а так же минимизации последствий переживания насилия.

Переживание – это комплексный процесс ассимиляции какого-либо события, при котором все его составляющие – эмоциональные, поведенческие, когнитивные и др. – подчиняются свободной динамике творческого приспособления. [3]

В ситуации переживания насилия, человек, как самоорганизующаяся система оказывается в критическом состоянии, и становится неустойчивым, так возникает напряженность [1] или неоднозначность [5], которая побуждает к определенным изменениям личности, ведущим к стабилизации: станет ли состояние системы хаотическим или она перейдёт на новый, более дифференцированный и высокий уровень упорядоченности. Таким образом, процесс переживания насилия является точкой бифуркации, для личности, попадающей в неё.

После прохождения точки бифуркации путь становится жестко предзадан, при этом,чем более неустойчива психологическая система, чем ближе она к моменту обострения, к точке бифуркации, тем более чувствительной она делается ко всей массе влияний, с внешних и внутренних уровней события.

Таким образом, переживание насилия это динамический процесс, начинающийся с предельного значения личностной энтропии, с последующей стабилизацией системы, в которой возможны два варианта: неприятие требований социокультурного окружения вплоть до агрессивных форм поведения, или пре-

образование, внутренняя подготовка себя для реализации скрытых потенций, позволяющих полноценно включиться в жизнь общества или социальной группы.

При этом, в большинстве современных исследований, за редким исключением (Л. И. Анциферова(1993), Ф. Е. Василюк (1984), М. Ш. Магомед-Эминов (1996), В. Франкл,(1990) S. R. Maddi(2002) в учет не принимается вероятность позитивного приобретения в процессе переживания, такого, например, как возможность личностного роста, связанного с переживанием высших ценностей, обретение осмысленности жизни. [4]

В ситуации переживания насилия человек как самоорганизующаяся система оказывается в критическом состоянии и становится неустойчивым относительнокаких либо событий, существует большое количество факторов влияющих на формирование того или иного аттрактора, функционального или дисфункционального. Это и внешние факторы среды и внутренние факторы личности, и какие либо случайный события, произошедшие в нужный момент.

Многие флуктуации рассеиваются, некоторые не оказывают влияния на дальнейший путь развития системы, так как являются очень слабыми. Но при определенных, пороговых условиях за счет случайных внешних воздействий эти флуктуации могут усиливаться и действовать в резонанс, подталкивая систему к выбору определенного пути развития (аттрактора).

Вероятно, существуют более и менее значимые факторы, ведущие к позитивному исходу процесса переживания, и становлению самореализующейся личности в мире.

Таким образом, особенности сочетания тех или иных факторов, на наш взгляд ведут к формированию функционального или дисфункционального аттрактора. При этом выдающаяся личность становится как бы над обществом, вступает с ним в противоречие, развивается вопреки социальным ожиданиям.

На наш взгляд, рассмотрение идеала функциональной стабилизации системы в процессе переживания травматического опыта в контексте ликвидации симптоматики последствий переживания насилия, повышения адаптивных возможностей человека существенно дополнит представление о психической травме.

Список литературы:

1. *Левин К. Теория поля в социальных науках. СПб.: Речь, 2000.*341 с.

2. *Лысова А.В. Физическое насилие над женами в российских семьях // Социологические исследования.* 2008. № 9. С. *121-128.*

3. *Погодин И.А. Теория и методология психотерапии, фокусированной на переживании: диалогово-феноменологический подход // Консультативная психология и психотерапия. 2014. № 3. С. 93–104.*

4. *Полетаева А.В., Серый А.В.Ценностно-смысловые ориентации личности как фактор переживания последствий психической травмы // Мир психологии. 2007. №2. С. 30-43.*

5. *Пригожин И., Стенгерс И. Порядок из хаоса: Новый диалог человека с природой. М.: Прогресс, 1986. 432 с.*

6. *Трубицина Л.В.Процесс травмы. М.: Смысл; ЧеРо, 2005.* 218 с.

СЕМЬЯ С ОСОБЫМ РЕБЁНКОМ

Толмачева Вера Алексеевна

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, г. Москва, Россия

Ключевые слова: Клинико-психологическая помощь детям.

Ожидая рождения ребенка, будущие родители часто тревожатся — родится ли он здоровым. Обычно в глубине души они уверены, что их ребенок будет здоров и о каких-либо отклонениях в развитии не может быть и речи.

В семье родился ребёнок, рождения которого все очень ждали. Внезапно для всех его появление на свет сопутствовало огромными трудностями и переживаниями. Родители узнали, что у их малыша есть серьезные проблемы в развитии, хотя угроза его жизни позади. По словам врачей, у ребенка оказались множественные врожденные пороки развития, сложное нарушение, тяжелые врожденные дефекты, которые ставят под сомнение его «нормальное» развитие. Когда речь идет о первенце, родители совершенно не готовы к такому удару судьбы. Рушатся их надежды, планы, связанные с рождением ребенка, ломается будущее о всей дальнейшей жизни. Жизнь многих таких семей кардинально меняется, становится разделенной событием рождения больного ребенка на два совершенно разных периода: на жизнь «раньше» и жизнь «теперь». «Раньше» было как у всех, а «теперь» — ни на что не похожая, особая, тяжелая ситуация горя и несчастья для всех членов семьи.

Эта семейная ситуация, как правило, становится более драматичной в семьях с единственным больным ребенком. В семьях, где уже есть другие дети, положение более устойчивое. Многие семьи со старшими детьми хорошо справляются с особым ребёнком. Однако есть другие случаи, когда после рож-

дения второго, больного, ребенка внимание и интерес к старшему, здоровому, в семье ослабевали, все интересы семьи подчинялись воспитанию младшего, что имело тяжелые последствия и для старшего ребенка, и для семьи в целом. Многие матери почти сразу за сообщением о тяжести нарушений у новорожденного слышат советы отказаться от больного ребенка и поместить его в дом ребенка, потому что они не справятся с ним без постоянного участия врачей в его лечении и ничего не смогут достигнуть в его воспитании. Некоторые родители отказываются от своих малышей.

Появление в семье ребенка с нарушениями развития — это всегда глубокие переживания всех членов его семьи. Это очень тяжело осознавать и переживать родителям, потому что у их особого малыша свой путь развития, не такой, как у других и могут возникнуть трудности с контактом их ребёнка Как правило, потом родители испытывают чувство «защитного отрицания», которое подсказывает, что этого не может быть, это неправда, неверно поставленный диагноз или неумение вылечить. Многие семьи именно на этом этапе переживаний бросают все силы на его лечение, ищут самых умелых и сведущих докторов, достают новейшие лекарства, едут в самые известные медицинские центры России и за рубеж. Но обнаруживают со временем незначительный результат для здоровья и развития ребенка, стоивший огромных усилий и жертв со стороны всей семьи.

Родители, принимающие ребенка таким, как он есть, и внимательно следят за его реакциями, радуясь любым активным и самостоятельным действиям ребенка, как правило, добиваются больших успехов. Решающим моментом во всех известных нам случаях успешного развития слепоглухих детей являлось именно чуткое и творческое отношение родителей к ребенку, благодаря которому удавалось достойно пройти начальный уровень воспитания ребенка в семье до поступления его в школу. Любящие родные и близкие, общающиеся со

своими детьми, могут лучше и больше знать о своем ребенке, понимать его, видеть, что он может, а что нет.

Огромное значение для нормального развития ребенка имеет его собственная активность: исследования показывают, что процесс взаимодействия малыша и мамы, который является главной движущей силой психического развития ребенка, в большей степени зависит от инициативы самого малыша. Здоровые дети постоянно требуют к себе внимания взрослых, и от родителей зависит, насколько эта активность будет понята, с какой любовью поддержана и как точно направлена в нужное русло. Однако трудно заметить, понять и поддержать очень слабую, а иногда и необычную по характеру активность больного с рождения ребенка, так как очень часто они пассивны и выглядят равнодушными со стороны. Для того чтобы спокойно и уверенно заботиться о ребенке, внимательно следить за его состоянием и правильно понимать его, родителям прежде всего необходимо решить самую трудную задачу - справиться с негативными переживаниями. Обычно больше переживаний испытывает мать, которая боится за своего малыша и первой узнает все новые подробности о его тяжелом заболевании. По-другому, более скрытно и сдержанно, обычно переживает тяжелое состояние ребенка отец. И если он отстранен от забот, то все больше отдаляется и чувствует себя ненужным. По-разному, но тоже тяжело переживают болезнь новорожденного бабушки и дедушки, братья и сестры. Не только ребенок и его мама, а все члены семьи остро нуждаются в поддержке друг друга.

Особая роль в решении всех этих многочисленных проблем семей , воспитывающих детей – это совместная работа врача с клиническим психологом создавать и совершенствовать программу для особого ребёнка. В ходе работы психолог становился посредником между родителями и ребенком, предоставляя маме возможность временно со стороны взглянуть на то, как может стро-

иться и разворачиваться взаимодействие с ее малышом у чужого человека. Чужого человека — специалиста, который менее, чем мама, чувствителен к особенностям ребенка, но более открыт и спокоен для диалога с ним. Эта открытость предполагает восприимчивость взрослого к изменению состояния ребенка, его переживаний и умение в соответствии с этим перестроить характер взаимодействия. На первом, ознакомительном этапе специалист должен «войти» в семью, преодолеть собственное напряжение в связи с вторжением в чужое жизненное пространство, наблюдать и описывать поведение ребенка и его взаимодействие со взрослыми, определить основные направления работы и предложить родителям определенную программу действий. Начиная знакомство с семьей больного ребенка, нужно быть готовым наблюдать определенный симбиоз матери и ребенка. На втором, организационном этапе психолог или педагог проводит регулярные занятия с ребенком, пытаясь установить связь малыша с окружающим миром, всегда идя навстречу любым проявлениям его желаний, поддерживая минимальную его активность и отвечая ему всеми доступными способами: вербально, то есть с помощью речи (устным словом и пением), и невербально (звуками, прикосновением и движением). Психолог старается поставить родителей в позицию отстраненных наблюдателей за своим взаимодействием с ребенком, показать новые возможности ребенка. Длительная работа с детьми позволяет выделить наиболее значимые для каждого ребенка ситуации взаимодействия. Определение наиболее привлекательных для ребенка ситуаций совместных со взрослым действий позволяет особым образом планировать и выстраивать систему индивидуальных занятий с малышом. На этом этапе члены семьи должны активно подключаться к работе психолога (педагога), предлагать свои решения в сложных ситуациях и новые упражнения, подхватываемые ребенком. Мамы начинают интересоваться успехами других таких же детей и их родителей, ищут реализации себя вне дома. На третьем, пе-

реходном этапе специалист должен постепенно «выходить» из собственного диалога с ребенком, становиться. Родители, принимающие ребенка таким, как он есть, и радуясь любым активным и самостоятельным действиям ребенка, как правило, добиваются больших успехов. Решающим моментом во всех известных нам случаях успешного развития слепоглухих детей являлось именно чуткое и творческое отношение родителей к ребенку, благодаря которому удавалось пройти начальный уровень воспитания ребенка в семье до поступления его в школу. Осуществляя сопровождение ребенка с тяжелыми и множественными врожденными нарушениями развития, специалист (врач, психолог, педагог) должен очень внимательно отнестись к своему собственному внутреннему состоянию, быть готовым стать соучастником самых драматических событий, разворачивающихся в семь.

Работа с ребенком с тяжелыми нарушениями развития основывается на существовании в каждом ребенке исходных человеческих потребностей: в телесном контакте, общении и познании. Задача взрослого — найти адекватные способы для их проявления и развития.

Список литературы

1. *Источник: Т. А. Басилова Н. А. Александрова, «Как помочь малышу с нарушением развития» Режим доступа: http://psychlib.ru/mgppu/BKp-2008/BKp-112.htm*

2. *Слепой ребенок в семье: (Кн. для родителей) / Науч .--исслед. ин-т дефектологии АПН СССР; Под ред. Л.И. Солнцевой.- М., 1989.- 57 с. Режим доступа: http://pedlib.ru/Books/3/0255/3_0255-1.shtml*

ОБЫДЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ НАРКОЗАВИСИМЫХ ОБ ЭМОЦИЯХ

Толочина Юлия Васильевна

ПГНИУ, г. Пермь, Россия

Ключевые слова: обыденные представления, наркозависимые, алекситимия, ядерно-периферическая структура представления.

На протяжении уже многих лет наркомания является одним из тех опасных явлений, которые угрожают обществу. Однако это не мешает ей оставаться актуальной и злободневной проблемой в современном мире. Во-первых, это связано с масштабом распространенности наркотических средств. Федеральная служба РФ по контролю за оборотом наркотиков сообщает, что на 2015 год насчитывается более 6 миллионов жителей нашей страны, употребляющих наркотические вещества [6]. При этом по данным Министерства Здравоохранения РФ на 2014 год в специализированных учреждениях зарегистрировано 322 тысячи больных наркоманией [4].

Наркотическую зависимость иногда называют «болезнью замороженных чувств». В первую очередь это связано с нарушением у больных осознания и распознавания своих эмоций. В литературе можно встретить ряд исследований, в которых выявлен высокий показатель уровня алекситимии у лиц, больных наркоманией [3, 5]. Однако для комплексного изучения эмоциональной сферы наркозависимых важно определить не только их способность распознавать эмоции, но и то значение, в котором эмоции представляются. Исходя из этого, **целью исследования** являлось изучение обыденных представлений наркозависимых об эмоциях.

Проанализировав ряд работ, в которых изучаются особенности наркозависимых, были выдвинуты две гипотезы исследования. Во-первых, показатель уровня алекситимии у лиц с наркозависимостью будет выше, чем показатель уровня алекситимии у лиц, не имеющих наркозависимости. Данная гипотеза выдвинута на основании исследований Р.Р. Поповой [5] и Р.Д. Илюка [3] с целью подтверждения полученных результатов. Во-вторых, представления об эмоциях у наркозависимых будут отличаться от представлений об эмоциях лиц, не имеющих наркозависимости. Основой для этой гипотезы послужило исследование С.П. Елшанского [2], где было установлено, что ассоциации больных наркоманией более нестандартные, «вычурные», ненормативные, часто связаны с наркопотреблением, в то время как у здоровых испытуемых наблюдается большое число одинаковых, стандартных ассоциаций.

Исследование проводилось на базе Пермского краевого наркологического диспансера в период с ноября 2015 по май 2016 года. В исследовании приняли участие 100 человек. Из них 50 имели наркотическую зависимость (34 мужчины и 16 женщин, средний возраст -28,9 лет). Средняя продолжительность употребления наркотиков – 6,2 лет. Контрольную группу, сформированную случайным образом, составили 50 человек, не имеющих наркотической зависимости (31 мужчина и 19 женщин, средний возраст – 28,3 лет).

Методами сбора данных выступили Торонтская алекситимическая шкала, ассоциативный эксперимент. Для сравнения средних значений показателей в группах и выявления различий использовался t-критерий Стьюдента для независимых выборок. Для выявления структуры представлений использовалась методика П. Вержеса [1].

На основании результатов, полученных с помощью Торонтской алекситимической шкалы, посредством t-критерия Стьюдента установлено, что показатели уровня алекситимиии у лиц с наркозависимостью значительно выше,

чем у лиц, не имеющих такой зависимости (t=6,6 p<0,01). Так, среди больных наркоманией 26% респондентов имеют «алекситимический» тип личности, 50% относятся к «группе риска» и 24% наркозависимых не имеют алекситимии. Среди контрольной группы у 74% опрошенных выявлен «неалекситимический тип», 16% респондентов относятся к «группе риска», «алекситимический» тип личности проявился у 10% не-наркозависимых.

Содержание и структура обыденных представлений о радости. Лица с наркозависимостью предложили 141 ассоциацию на стимул «радость». В число элементов ядра представления попадали следующие: семья, любовь, улыбка. Ядро представления выполняет две основные функции: смыслообразующую и организующую. Периферическая система представления конкретизирует значение ядра [1]. Таким образом, для лиц с наркотической зависимостью «семья» является ключевым понятием «радости». Этот элемент конкретизируется через периферические понятия «дети», «дом». Также с ними соотносятся такие высказывания, как «любовь», «любимый человек», «друзья». В каждой зоне представления наблюдаются такие элементы, которые характеризуют именно то, *что (кто)* вызывает эту эмоцию. С другой стороны, встречаются понятия, которые характеризуют проявления этой положительной эмоции: «улыбка», «смех», «восторг». Таким образом, можно сделать вывод, что радость рассматривается наркозависимыми как не столько внутреннее переживание, сколько источники, которые ее порождают.

Респонденты, не имеющие наркозависимости, на стимул «радость» предложили 144 ассоциации. В данном случае в зону ядра представления вошли следующие элементы: лето, солнце, победа. Понятия «лето» и «солнце» соотносятся с элементами периферии «хорошая погода», «цветы» и «радуга». То есть, для лиц, не имеющих наркозависимости, радость ассоциируется с благоприятными природными условиями – это прослеживается во всех зонах представле-

ния. Также стоит отметить, что понятие «победа», находящееся в ядре представления, отражается в элементах периферии: «достижения» и «успех». Возможно, переживание радости связано с результатом, который признан обществом. Во всех зонах представления присутствуют элементы, которые являются причиной возникновения радости. Но важно подчеркнуть, что встречаются элементы, являющиеся не только внешними факторами (как, например, солнце), но и действиями самого субъекта (например, достижения).

Содержание и структура обыденных представлений о гневе. Лица с наркозависимостью высказали 150 ассоциаций на слово «гнев». В данном случае в зону ядра вошли четыре понятия: обида, злость, непонимание, драка. Отсюда выделяется несколько ключевых элементов. Во-первых, это «обида» и «злость». То есть, для лиц с наркозависимостью «гнев» в первую очередь связан с личными переживаниями. Во-вторых, элемент «непонимание» характеризует причины возникновения этой эмоции. Очевидно, что это является важным звеном представления, так как в периферии располагаются аналогичные высказывания (проблемы, обман, измена). В-третьих, понятие «драка» раскрывает процесс выражения гнева. Этот элемент дополняют понятия «крик», «ссора», «убийство». Иными словами, подчеркивается необходимость выразить гнев вовне. Таким образом, можно сделать вывод, что для наркозависимых гнев ассоциируется с внутренними переживаниями и внешними проявлениями одновременно.

Лица без наркотической зависимости предложили 133 ассоциации на стимул «гнев». В зону ядра представлений вошли три элемента: предательство, агрессия и красный цвет. В данной структуре смыслообразующими являются три понятия. Можно предположить, что представление о гневе имеет три составляющих: причину его возникновения (предательство), проявление этой эмоции (агрессия) и символический образ (красный цвет). Элементы ядра кон-

кретизируются в периферической системе. Так, к «предательству» можно отнести «ложь», к «агрессии» - «раздражение», «злость». Символическими высказывания, кроме «красного цвета», являются «молния», «черный», «зло». Таким образом, у не-наркозависимых гнев ассоциируется в первую очередь с тем, *что* вызывает эту эмоцию, во-вторых, с *проявлением* гнева, и в-третьих, с неким его *символом*.

В результате исследования установлено, что показатель уровня алекситимии у лиц с наркотической зависимостью значительно выше такого же показателя у лиц, не имеющих наркотической зависимости. Что подтверждает первую гипотезу исследования.

На основании ядерно-периферических структур представлений о радости можно сделать вывод, что респонденты обеих групп соотносят радость в первую очередь с тем, *что* вызывает эту эмоцию. Однако для экспериментальной группы «источники» радости – это внешние факторы, не являющиеся действиями самого субъекта. Для контрольной выборки такими «источниками» являются как внешние причины, так и те, на которые они сами могут повлиять. Что касается представлений о гневе, для обеих групп он также ассоциируется с причинами его возникновения. Но для не-наркозависимых гнев связан с внутренними переживаниями и символическими образами. В то время как наркозависимые выделяют не только внутренние переживания, но внешние проявления гнева. Исходя из этого, можно сделать вывод, что представления об эмоциях наркозависимых отличаются от представлений об эмоциях у лиц, не имеющих наркозависимости. Что подтверждает вторую гипотезу исследования.

Список литературы:

1. Бовина И.Б. Стратегии исследования социальных представлений / И.Б. Бовина // Социологический журнал. – 2011. - №3. - с. 5-23.

2. Елшанский С.П. Семантика внутреннего восприятия при зависимостях от психоактивных веществ (на модели опийной наркомании) Дис. …д. психол. наук/ С.П. Елшанский – Москва. - 2005.

3. Илюк Р. Д., Громыко Д.И., Берно-Беллекур И. В. Характеристика эмоциональный расстройств у зависимых от психоактивных веществ //Вестник СПбГУ. Сер. 11. – 2011. – С. 155-163.

4. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2013-2014 годах / Статистический сборник // Отв. ред. В.В. Киржанова. – М. – 2015. - 147 с.

5. Попова Р.Р., Менделевич В.Д., Корниенко А.Ф. Особенности переживания утраты близкого наркозависимыми // Психическое здоровье. – 2008. - №8. – С.48-53.

6. Федеральная служба Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.fskn.gov.ru/ (дата обращения: 07.06.2016г.).

ОСОБЕННОСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Фанайлова Элина Вячеславовна
ИПиП ОГПУ, г. Оренбург, Россия

Ключевые слова: качество жизни, личностные и психоэмоциональные особенности больных

В последнее время одним из наиболее эффективных методов оценки благополучия и благосостояния населения принято считать качество жизни.

Проблемы качества жизни обсуждают специалисты самых разных научных областей, новые трактовки данного понятия возникают в терминологии таких наук как экономика, социология, медицина, психология, педагогика. В целом, это интегральное понятие, в которое входят материальные, социальные, духовные сферы жизни, физическое и психическое здоровье, а также объективная и субъективная удовлетворенность ими. Качество жизни определяется тем, в какой мере реализованы наши потребности; насколько мы этим довольны; как результаты этой реализации соотносятся с социальными стандартами и ресурсами общества.

В медицине и клинической психологии изучается качество жизни, связанное со здоровьем (health-related quality of life). При этом акцент делается на восприятии пациентом состояния своего здоровья и в целом жизни в ситуации болезни.

ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения) определяет качество жизни как восприятие индивидами их положения в контексте культуры и сис-

тем ценностей, в которых они живут, в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами. [5]

Использование понятия «качество жизни» в медицине и клинической психологии отражает их ориентацию на реализацию гуманистического подхода к лечению и сопровождению больного. При этом традиционный способ оценки результатов лечения, сфокусированный на продлении жизни и других объективных клинических показателях, дополняется точкой зрения больного, мерой его удовлетворенности самочувствием и «качеством жизни», что улучшает контакт между пациентом и лечащим врачом. Показатели качества жизни позволяют составить представление о том, считает ли больной свою жизнь полноценной, и, если нет, то какова степень его неудовлетворенности [3].

Понимание связи между личностными, психоэмоциональными характеристиками больного и оценкой им качества жизни очень важно для прогнозирования протекания у него заболевания, построения лечения. Так в ряде исследований доказано влияние личностных качеств на удовлетворенность пациента качеством жизни и, соответственно, на происхождение и течение заболеваний.

Проиллюстрируем это результатами соответствующих эмпирических исследований.

Так, сердечно-сосудистые заболевания сопровождаются аффективными расстройствами, которые уменьшают склонность к лечению и препятствуя адекватному соблюдению лечебного режима, снижают работоспособность, увеличивают длительность пребывания в стационаре и стоимость лечения, повышают вероятность инвалидизации, негативно сказываются на качестве жизни. Наличие у пациента таких черт, как высокий уровень коммуникативной компетентности, эмоциональная устойчивость, ответственность, организованность, принятие общественных правил и норм, высокий уровень стрессотолерантности, хорошо развитые волевые качества, уверенность в себе, повышает к них

удовлетворенность качеством жизни. В свою очередь, такие качества пациента как высокий уровень независимости, упрямство, склонность к агрессии, погруженность в свой внутренний мир, повышенное чувство вины связаны с низкой удовлетворенностью ими жизнью[6].

В НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова с помощью клинико-психологического метода (клиническая беседа, наблюдение) изучалась содержательная сторона переживаний пациенток. В ходе исследования было выявлено, что постоперационное состояние у большинства опрошенных сопровождалось появлением истощения, боли, страха в отношении дальнейшего лечения, что создавало дополнительное психоэмоциональное напряжение, проявляющееся на соматическом уровне. Признание пациентками злокачественного характера заболевания сочетается с увеличением психологического напряжения, утомляемостью и потерей аппетита. Также было доказано, что психоэмоциональный компонент качества жизни выше у пациенток, имеющих семью и постоянную работу (т.к. они обладают меньшим уровнем тревожности)[10].

Исследования людей с хроническими кожными заболеваниями показало зависимость оценки ими качества жизни от возраста и продолжительности заболевания. Больные, страдающиекожной патологией более 5 лет, качество жизни оценивают выше, чем впервые заболевшие; подростки с кожными заболеваниями оценивали уровень жизни в несколько раз ниже, чем взрослые больные. Больше чем у половины пациентов преобладали средние оценки неудовлетворенности качеством их жизни, в частности это выражалось в нарушении сна, в чувстве беспокойства, повышенной раздражительности, страхе ухудшения здоровья. Многие пациенты отмечали трудности в создании семьи и общении с друзьями, частые конфликты. В результате исследования было установлено, что хронические кожные заболевания вносят в жизнь больного множество ограничений, высокий уровень тревожности, эмоциональную неустойчивость. В

то же время, доказывалось, что такие качества, как уверенность в себе, независимость, общительность обеспечивали пациентов даже с хроническими диагнозами более высоким качеством жизни[8].

Исследование психоэмоционального состояния и качества жизни больных с сахарным диабетом (далее СД) подтверждают распространение у них выраженного эмоционального напряжения и, как следствие, ухудшение качества жизни. Повышенная тревожность, склонность к депрессивным синдромам, затруднение реализации гетероагрессивных тенденций и подавление эмоций из-за тщательного контроля поведения являются отличительными чертами диабетиков. И.Г.Малкина-Пых в книге «Диабет. Освободиться и забыть. Навсегда»описывает взаимосвязь типа личности с процессом «заболевания» СД, а также с протеканием самой болезни. Так, она говорит, что к СД наиболее склонны люди с выраженной потребностью контроля над жизнью, боязнью неопределенности, потребностью в опеке и внимании, а также неуверенные в собственных силах люди с регулярным чувством беспомощности. Осложнения СД возникают обычно у тех, кто сильно зависим от любви, признания и ласки других; уверенные в себе люди переносят болезнь легче из-за отсутствия скачков уровня сахара, вызванных «голодом по любви». В свою очередь, больные, более склонные к тревоге и депрессивным расстройствам, также слабо подвержены выздоровлению. Во-первых, негативные эмоции так же, как и позитивные управляют показателем сахара в крови, и, во-вторых, переживания приводят к «заеданию» проблем (как это нередко бывает у диабетиков)[2],[7].

Подытоживая все вышесказанное, стоит сказать, что личностные и психоэмоциональные характеристики пациента очень важны для понимания клинической картины болезни, ее причин и методов реабилитационной терапии. Для успешного лечения многих заболеваний необходимо тесное сотрудничество медицины и психологии.

Список литературы:

2. Болдырева Т.А. Взаимосвязь качества жизни и некоторых объективных и субъективных факторов жизнедеятельности студентов (на примере Оренбургского государственного университета) // Вестник Оренбургского государственного университета. 2015. № 2 (177). С. 184-188.

3. Валиева Д.А. Психоэмоциональные особенности пациентов с сахарным диабетом // Вестник современной клинической медицины. Приложение №1. Том 7. 2014. с. 69-77

4. Васильева И.А. Особенности личности и качества жизни больных: существует ли связь? // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена.2008. № 81. с.208-217

5. Захарова А.Н. Междисциплинарная проблема качества жизни в контексте современных научных исследований // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2014. №10. с.141-160

6. Козловский В.Л., Масловский С.Ю.Оценка качества жизни больных шизофренией при проведении поддерживающей терапии. Методические рекомендации для врачей и медицинских психологов. СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. 2011. 22 с.

7. Кувшинова Н.Ю. Оценка качества жизни больных ишемической болезнью сердца во взаимосвязи с эмоционально-личностными характеристиками // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. № 3-2 (том 12). 2010. с.397-401

8. Малкина-Пых И.Г. Диабет. Освободиться и забыть. Навсегда. – М.: Эксмо, 2007. - 224 с.

9. Раева Т.В. Влияние личностных особенностей на качество жизни больных с хронической кожной патологией // Вестник Тюменского

государственного университета. Социально-экономические и правовые исследования. №4. 2003. с.207-215

10. Щербинина О.А. Содержательная характеристика внутренней позиции и направленности личности // Вестник Оренбургского государственного университета. 2006. № 9 (59). С. 79-86.

11. Влияние социально-психологических характеристик онкологических пациентов на их качество жизни [Электронный ресурс] // Сайт НИИ им. Н.Н.Петрова. 2015. URL: http://www.niioncologii.ru/18/highlights/index?id=20236.html (дата обращения: 19.10.16)

РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМА И ПРОГРАММНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОБЪЕМА ВНУТРИМОЗГОВОЙ ГЕМАТОМЫ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Хазеева Айсылу Ильгизовна; Валеева Лилия Рамилевна
ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск, Россия

Ключевые слова: нейрохирургия, инсульт, гематома, объем, программное обеспечение.

Острые нарушения мозгового кровообращения определяются клинически как быстро возникающие очаговые и общемозговые нарушения функции головного мозга сосудистого генеза. Среди острых нарушений мозгового кровообращения выделяют ишемические и геморрагические инсульты, преходящие нарушения мозгового кровообращения (транзиторные ишемические атаки, гипертонический криз с церебральными проявлениями) [1]. Данная патология представляет собой одну из основных причин заболеваемости, смертности, длительной нетрудоспособности и инвалидности в обществе.

В развитых странах частота развития инсульта составляет 2900 случаев (500 преходящих нарушений мозгового кровообращения и 2400 инсультов) на 1 млн. населения в год; при этом 75% инсультов являются первыми в жизни. Частота развития инсульта в возрасте старше 55 лет удваивается с каждым десятилетием жизни; 7% (около 800 человек ежегодно) переносят инсульт повторно [3].

Организация оказания специализированной медицинской помощи пациентам, перенесшим острое нарушение мозгового кровообращения, является од-

ной из наиболее серьезных задач современной неврологии и нейрохирургии. Сегодня медицина достигает огромных успехов в диагностике инсульта, лечении и профилактике его многочисленных осложнений. Неотъемлемой частью диагностики является магнитно-резонансная томография, которая, в частности, позволяет определить наличие внутримозговой гематомы, её локализацию, форму, границы, изменения в окружающих тканях, а также давность патологического процесса [2]. Важным моментом является расчет объёма внутримозговой гематомы. Данный показатель имеет значение при выборе плана ведения пациента, перенесшего геморрагический инсульт. Однако, на сегодняшний день не существует точной методики определения объёма, что в свою очередь создает трудности в выборе тактики лечения.

Для решения данной проблемы была поставлена **цель:** разработать программное обеспечение, позволяющее рассчитать истинный объем внутримозговой гематомы.

Материалы и методы исследования. МРТ головного мозга проводилась на томографе Philips Intera Initial 1,5 в положении пациента лежа на спине, в режимах T1, T2, FLAIR. DWI, T2* в аксиальной и сагиттальной проекциях.

Полученные снимки были использованы для расчета объема внутримозговой гематомы в разработанном нами программном обеспечении. Данное программное обеспечение производит вычисление, используя метод «Монте-Карло», основанный на получении большого числа реализаций стохастического процесса, который формируется таким образом, чтобы его вероятностные характеристики совпадали с аналогичными величинами решаемой задачи [4].

Анализ изображения производится поэтапно. Для этого требуются снимки МРТ (DICOM файлы), с известным масштабом и расстоянием между сечениями. На первом этапе специалист на каждом снимке визуально определяет границы гематомы и отмечает эту границу полигоном (произвольной фигурой).

Второй этап заключается в произведении расчетов программным обеспечением и сохранении конечных результатов для динамического наблюдения за патологическим процессом.

Результаты и обсуждение.

В качестве контроля эффективности работы программного обеспечения был поставлен эксперимент путём создания искусственной модели внутримозговой гематомы, представляющей собой тело сферической формы, заполненное гелем с заранее известным объемом (50 $см^3$). Далее были произведены серии снимков, которые в последующем обрабатывались программным обеспечением. Подсчитанный объем составил 48, 568 $см^3$. По результатам эксперимента было установлено, что разница между контрольным и полученным показателем была незначительной.

В целях совершенствования данного диагностического подхода необходимо проведение клинической апробации, что требует продолжения начатых исследований.

Заключение. Применение МРТ головного мозга в сочетании с разработанным программным обеспечением позволяет добиться высокой диагностической точности, чем при использовании стандартных протоколов МРТ. Полученные данные имеют существенное значение для планирования объема и тактики лечебных мероприятий, контроля их эффективности.

Список литературы:

1. Яхно Н.Н. Болезни нервной системы: руководство для врачей: в 2-х т. - 4 изд. - М.: Медицина, 2005.

2. Линденбратен Л.Д. Медицинская радиология. - 2 изд. - М.: Медицина, 2000.

3. Петросян К.М. Организация медицинской помощи больным, перенесшим острое нарушение мозгового кровообращения, в городе Москве. // Лечебное дело. - Москва: 2013.

4. Лагутин М.Б, Наглядная математическая статистика // БИНОМ, 2013.

5. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Удмуртской Республики в 2015 году. 2016.

Электронный научный журнал
«Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие»
www.humjournal.rzgmu.ru / E-mail: humjournal@rzgmu.ru

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ ПСИХОЛОГИЕЧСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ГОРОДА КРАСНОЯРСКА

Харчева Жанна Владимировна, Логинова Ирина Олеговна
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, г. Красноярск, Россия

Ключевые слова: экстренная помощь, неотложная помощь, кризисные состояния.

Современная жизнь большого мегаполиса крайне интенсивна, нестабильна, люди все более подвержены стрессу, все больше отмечается проблем, обусловленных межличностными взаимоотношениями.Зачастую люди не способны самостоятельно справиться с кризисными состояниями, обрушивающимися в их жизнь. Происходит усложнение и обострение социальных конфликтов на уровне отдельного индивидуума, семьи, коллектива, государства и межгосударственных отношений. Многообразие социальных конфликтов, сопровождающихся насилием и жестокостью (локальные военные конфликты, терроризм, криминальная ситуация и т. п.), сильнейшие природные катаклизмы (стихийные бедствия) и техногенные катастрофы еще больше усугубляют бытие человека.

Вопрос заключается в том, нуждаются ли они в помощи и знают ли, кто им может ее оказать? Проблема исследования состоит в изучении актуальности создания центра, оказывающего качественные психологические услуги экстренной и неотложной помощи в кризисных состояниях.

Кризисное состояние – это психическое (психологическое) состояние человека, внезапно пережившего субъективно значимую и тяжело переносимую психическую травму (вследствие резкого изменения образа жизни, внутриличностной картины мира) или находящегося под угрозой возникновения психотравмирующей ситуации. Характеризуется чувством беспокойства, тревоги различной интенсивности; фиксацией на психотравмирующей ситуации; переживаниями собственной несостоятельности, беспомощности, безнадежности, пессимистической оценкой собственной личности, актуальной ситуации и будущего; выраженными затруднениями в планировании деятельности[1].

В Красноярском крае в за последние полгода произошло больше 1000 самоубийств и попыток самоубийства, половина из которых закончились трагично. В месяц это около 200 случаев.В Следственном комитете по краю подтверждают: количество суицидов и попыток покончить с собой растёт. И больше всего совладать с эмоциями не могутмужчины среднего и постпенсионного возраста.«Растёт количество самоубийств и среди подростков. За полгода в Красноярском крае зафиксировали 80 случаев. В случае с подростками чаще всего возникают проблемы с родителями или учителями. Тут причины, казалось бы, понятны. Но что доводит до крайности состоятельных красноярцев?», – говорит старший помощник руководителя СУ СК РФ по краю Ольга Дегидь[3].

Возможно, наличия центра, оказывающего квалифицированную экстренную и неотложную психологическую помощь, сократило бы количество жертв, пострадавших от, того, что не нашли поддержки со стороны окружающих.

Для исследования спроса на получение экстренной и неотложной помощи была создана краткая анкета, содержащая 4 вопросас закрытой формой ответа «Да», «Нет»:

— Встречали ли Вы предложения об оказании услуг экстренной и неотложной психологической помощи в городе Красноярске?

— Случались ли у Вас кризисные ситуации, которые Вы не в состоянии были разрешить самостоятельно?

— Если «Да», то готовы ли Вы были обратиться за помощью к квалифицированному специалисту?

— Как Вы считаете, необходимо ли создание в городе Красноярске центра по оказанию экстренной и неотложной психологической помощи?

В опросе приняли участие 35 человек. Возраст опрашиваемойкатегории от 18 до 24 лет. Среди опрашиваемых24 женщины, 11 мужчин. Результаты таковы:

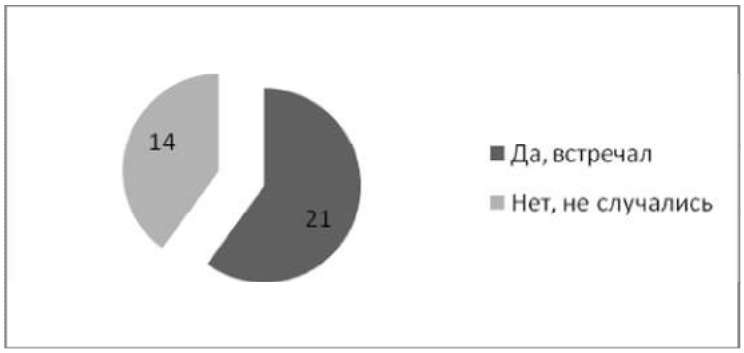


Рисунок 1. Результаты ответов на вопрос: «Встречали ли Вы предложения об оказании услуг экстренной и неотложной психологической помощи в городе Красноярске?»

Большая часть людей из опрошенной группы (83%) не встречали предложений об оказании экстренной и неотложной психологической помощи в городе Красноярске.

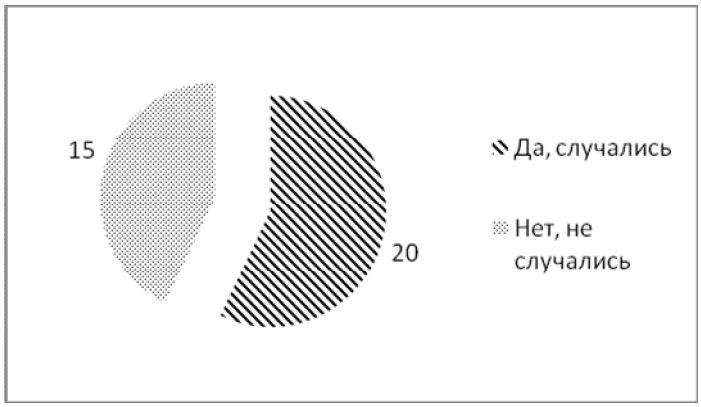


Рисунок 2. Результаты ответов на вопрос: «Случались ли у Вас кризисные ситуации, которые Вы не в состоянии были разрешить самостоятельно?»

Из 20 человек опрошенных, ответивших, что бывали в кризисных ситуациях, с которыми не могли справиться самостоятельно, на вопрос «Готовы ли Вы были обратиться к квалифицированному специалисту» ответы получились следующими:

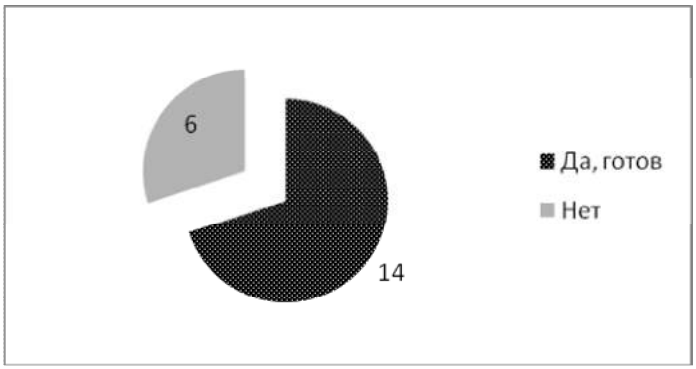


Рисунок 3. Готовы ли Вы были обратиться за помощью к квалифицированному специалисту?

70% из опрашиваемой группы (20 человек) ответили, что хотели бы и были готовы обратиться за помощью к квалифицированному специалисту.

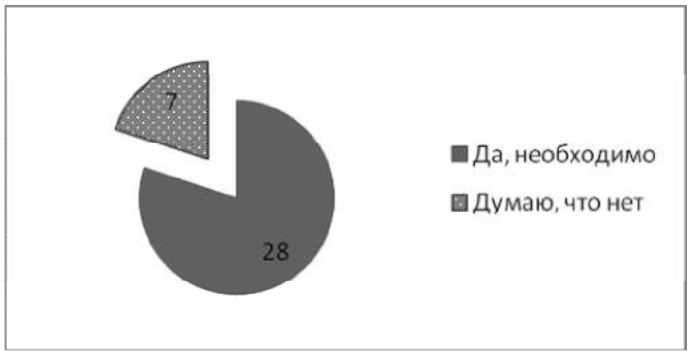


Рисунок 4. Результаты ответа на вопрос: «Как Вы считаете, необходимо ли создание в городе Красноярске центра по оказанию экстренной и неотложной психологической помощи?»

По результатам опроса и наглядным диаграммам, можно сказать, что 83% из опрашиваемой категории людей никогда не встречали предложения об оказании услуг экстренной и неотложной психологической помощи в городе Красноярске. 58% попадали в кризисные состояние, с которыми не могли справиться самостоятельно, из них большая часть (70%) были готовы обратиться к квалифицированным специалистам. Из числа опрашиваемых 80% высказались «За» создание центра по оказанию экстренной и неотложной психологической помощи населению города Красноярска.

Таким образом, в ходе нашего исследования выявлено, что большая часть людей из опрашиваемой группы не встречали предложений об оказании экстренной и неотложной психологической помощи в городе Красноярске, но готовы были бы обратиться, если таковая услуга предоставлялась. Создание центра, оказывающего качественную экстренную и неотложную помощь в городе Красноярске, актуально и востребовано.

Список литературы:

1. Бурмистрова Е.В./ Психологическая помощь в кризисных ситуациях (предупреждение кризисных ситуаций в образовательной среде) - Москва МГППУ, 2006. – с.36-39

2. Асмолов А.Г. Психология индивидуальности: методологические аспекты развития личности в историко эволюционном процессе. М., 1986. – с.84

3. Статистика самоубийств в городе Красноярске [электронный ресурс]/ Режим доступа:https://tvk6.ru/publications/news/10633/(дата обращения 12.10.2016г.)

МЕТОДЫ ПРОТИВОСТОЯНИЯ ИЗВЕЧНОМУ ВРАЧЕБНОМУ СТРЕССУ

Чобот Дмитрий Владимирович, Пешехонова Анастасия Андреевна
ФБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия

Ключевые слова: напряжение, стресс, медицина, психология.

Врач – это человек, решивший помогать людям всю свою жизнь. Люди, выбравшие эту профессию, не ищут в ней личной выгоды, а руководствуются только нравственными соображениями. Однако, данная профессия сопровождается значительной психологической нагрузкой, и для успешной деятельности врачу необходимо обладать определенными психологическими качествами.

Врач — как человек — испытывает большой стресс, борясь за жизнь и здоровье пациента. Со временем появляется эмоциональное истощение, которое приводит к равнодушию и нежеланию оказывать поддержку пациенту. Чем напряженнее работа и больше стрессов, тем раньше наступает истощение. Кроме этого, отсутствие положительного стимула в работе, весь негатив, который «сваливается» на врача, приводит к снижению понимания собственной значимости, неспособности оценить свои успехи и ограничению собственных возможностей. [2]

Труд врачей и других медработников сопровождается воздействием на них целого ряда неблагоприятных для здоровья факторов, среди которых можно отметить опасность инфицирования, контакты с аллергенами, сенсибилизирующими, раздражающими или токсическими веществами, различные виды излучения, вибрация, вынужденная рабочая поза со статическими нагрузками и др. Среди этих факторов особо выделяют профессиональный стресс, о чем сви-

детельствуют все более частые и масштабные исследования и регулярные публикации на эту тему в медицинских и психологических журналах. Для большинства профессиональных групп медицинских работников хроническое и достаточно интенсивное эмоциональное напряжение является одним из основных факторов производственной среды, неблагоприятно влияющих на их здоровье. [1]

Профессия	Средняя выраженность стресса по десятибалльной шкале
Шахтер	8,3
Политик, актер, стоматолог	7,0-7,3
Врач	6,5-5,8
Пожарный	6,2-6,3

По представленной выше таблице выраженности стресса у представителей разных профессий, составленной по данным Кеннета Купера, 1985г, мы видим, что врач подвержен стрессу не менее пожарного, и это не удивительно, ведь на врача возлагается очень большая психологическая нагрузка, связанная не только со здоровьем пациента, но и с сохранением врачебной тайны, общением с родственниками больного и поддержания партнерских отношений в коллективе.

Некоторые психологи полагают, что одной из форм защиты от постоянного стресса является - эмоциональное выгорание. Факторами, вызывающими этот синдром могут быть: высокая напряженность работы, отсутствие необходимого отдыха, монотонность труда, непризнание заслуг. Все эти факторы могут вызвать у врача этот синдром.

Параллельно с исследованиями феномена эмоционального выгорания изучается синдром хронической усталости (CFS chronic fatigue syndrome). Первым сообщением о данном синдроме был случай 1957 года в английском госпитале «Royal free», когда практически весь персонал оказался пораженным доселе неизвестной болезнью. В дальнейшем подобные эпидемии наблюдались в больницах Южной Африки. Высказывалось предположение о вирусном происхождении заболевания, хотя никаких объективных признаков инфекции по данным анализов обнаружено не было. Противники вирусной концепции предполагают психогенное происхождение данного расстройства. Симптомы хронической усталости напоминают синдромы эмоционального выгорания: нарушение внимания, раздражительность, расстройства сна, мышечная слабость, обмороки. Признаки чрезмерной усталости развивались у медицинских работников резко на фоне активной продуктивной деятельности.[3]

Для того чтобы избежать стресс, депрессии и прочие негативные факторы, приносящие вред нервной системе, был придуман «алгоритм» профилактики либо коррекции профессионального стресса:

Первый шаг: самоанализ системы стрессоров, определение значимости каждого класса стрессоров;

Второй шаг: самоанализ клинических проявлений возможного профессионального стресса, принятие решения о его наличии/отсутствии/угрозе;

Третий шаг: формирование комплекса коррекционно-профилактических мер;

Четвёртый шаг: реализация программы коррекционно-профилактических мер;

Пятый шаг: контроль результатов — повторный анализ системы стрессоров и клинической картины, оценка наступивших изменений, принятие решения о продолжении/изменении выполнения программы коррекционно-

профилактических мер, либо о необходимости обращения к профильному специалисту. [4]

Список литературы:

1. Винокур В.А. Д.м.н. профессор (кафедра медицинской психологии СПбМАПО) "Вестник МАПО" N 8-9(104-105) Август-Сентябрь 2010.

2. Голубев М.В. врач-психотерапевт, доктор медицинский наук, профессор. Статья «Профессиональный стресс у врачей и его коррекция». http://therapeutic.ru/psychotherapy_articles/pages/id_237

3. Скляднева К. А., Коротаева Н. В., Лобанова О. А. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ВРАЧА // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии: сб. ст. по матер. XLI междунар. науч.-практ. конф. № 6(41). – Новосибирск: СибАК, 2014.

4. Тюльпин. Ю.Г. МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ. Учебник. – М.: Медицина, 2004. – 320 с.: ил. (Учеб. лит. для студ. мед. ин-тов). ISBN 5-225-04308-9. Москва «Медицина» 2004.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ

Шелест Анжелика Сергеевна, Носкова Марина Владимировна
ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, г.Екатеринбург, Россия

Ключевые слова: дети с онкологическими заболеваниями, психологическая помощь, арт-терапия.

Ежегодно увеличивается количество детей с онкологическими заболеваниями. Под категорией «онконозология» понимается заболевания, основой которой являются те или иные злокачественные опухоли. Причинами, вызывающие онкозаболевания, принято считать канцерогены, вирусы, ионизирующая радиация, питание, наследственные мутации и т.п. Важнейшими факторами, усугубляющих тяжесть состояния больного ребенка и его семьи, являются сопутствующие онкологическому заболеванию психологические проблемы. Так, преобладающим в это время у родителей является негативный эмоциональный фон и пессимизм. Большинство родителей испытывают тревогу (58%), неудовлетворенность (24%), подавленность (19%), раздражение (12%) и т.д. [1]. Поэтому необходимо своевременно оказывать психологическую помощь детям и их родителям, разрабатывать корректирующие занятия для адаптации детей и их родителей с помощью различных технологий. Специалисту необходимо учитывать психические особенности личности.

На базе центра детской онкологии и гематологии областной детской клинической больницы ОДКБ №1 г. Екатеринбурга было проведено исследование, направленное на выявление характерных психических особенностей детей с

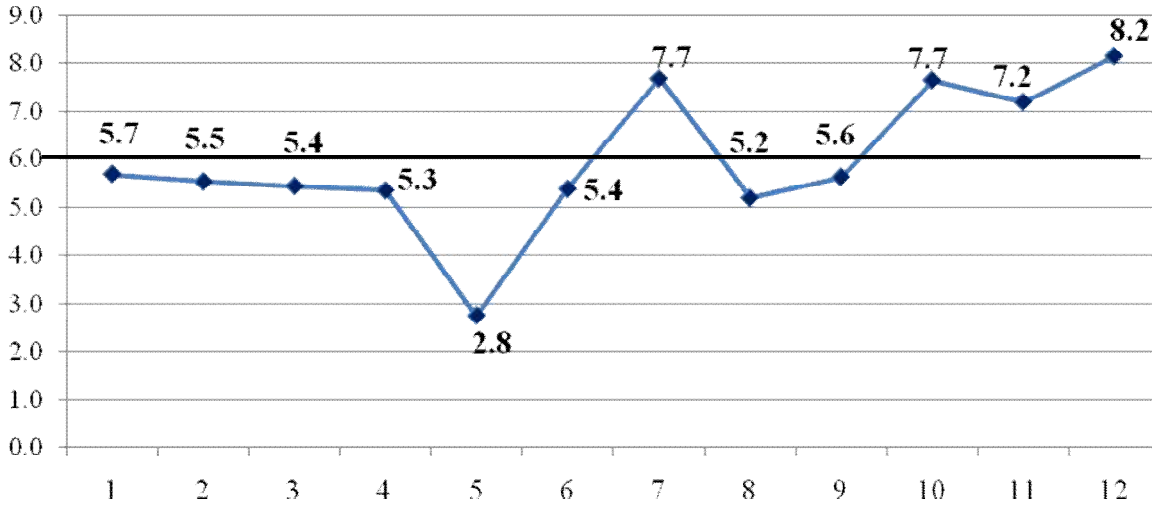
онконозологией. В обследовании приняло участие 32 ребенка в возрасте от 7 до 11 лет, имеющих онкозаболевание, из них 44% мальчиков и 56% девочек.

Для определения психических особенностей детей использовалась методика многопрофильного исследования личности Р. Кеттелла, детский вариант в адаптации Э.М. Александровской [2]. Адаптированный личностный вопросник содержит 120 вопросов, касающихся различных сторон жизни ребенка: взаимоотношений с окружающими людьми, отношений в семье, поведения, социальных установок, самооценки и пр.

Р. Кеттеллом приводятся следующие характеристики описания личности и их кодировку: A – общительность, B – вербальный интеллект, C – уверенность в себе, D – возбудимость, E – склонность к самоутверждению, F – склонность к риску, G – ответственность, H – социальная смелость, I – чувствительность, O – тревожность, Q3 – самоконтроль, Q4 – нервное напряжение.

Анализ результатов психических особенностей у детей с онконозологией свидетельствуют о таких преобладающих качествах личности, как напряженность, фрустрированность (высокий диапазон фактора Q4 ср. знач. 8,2), добросовестность, исполнительность, ответственность (высокий диапазон фактора G ср.знач. 7,7), тревожность, озабоченность (высокий диапазон фактора O ср. знач. 7,7), высокий самоконтроль, четкое понимание и следование социальных нормативов (высокий диапазон фактора Q3 ср. знач. 7,2), послушность, зависимость, уступчивость (низкий диапазон фактора E ср. знач. 2,8) (рис.).

Остальные характеристики личности (общительность, вербальный интеллект, уверенность в себе, возбудимость, склонность к риску, социальная смелость, чувствительность) находятся в диапазоне нормы.



*Примечание. 1 – A., 2 – B., 3 – C, 4- D, 5 – E, 6 – F, 7 – G, 8 –H, 9 – I, 10 – O, 11 – Q3, 12 – Q 4.

Рисунок 1. Среднестатистические значения психических особенностей у детей с онкозаболеваниями

У 87 % детей психические особенности находятся в пределах нормы, 8,6% – выше нормы или акцентуированы и 4,4 % – ниже нормы.

Таким образом, все эти особенности необходимо учитывать родителям, врачам, клиническим психологам при общении и взаимодействии с детьми, имеющим статус онкобольных. Несмотря на то, что в настоящее время существуют все возможности современной медицины, дети с онконозологией, нуждаются в психологической помощи и поддержке. Возникает проблема разработки эффективных инновационных направлений психологической помощи, обращенные на оптимизацию качества жизни детей. Одним из направлений является арт-терапевтическая работа. Практико- ориентированная задача состоит в организации системы арт-терапевтической работы, направленной на преодоление комплексного влияния «экстремальной среды», ослабление последствий психотравмирующих переживаний, негативных установок, страха рецидива бо-

лезни. Поскольку арт-терапия способствует высвобождению чувств раздражения, обиды, отчаяния и др., логично предположить, что свободное выражение спонтанных переживаний в невербальном семиотическом поле с использованием художественных материалов откроет новые ресурсы в дополнение к вербальным способам психологической помощи [3]. Арт-терапевтическое направление в психологической помощи имеет несколько направлений:

– рисуночная терапия,
– игровая терапия,
– сказкотерапия,
– музыкотерапия,
– песочная терапия,
– цветотерапия,
– коллажирование.

Арт-терапия в работе с детьми с онкологическими заболеваниями широко представлены в трудах отечественных психологов М.В.Киселевой, Л.Д.Лебедевой, А.А. Осиповой и др.

Преимуществом таких техник является «мягкое» психотерапевтическое и психокоррекционное воздействие на личность. Они направлены на осознание эмоциональных состояний, творческое самовыражение, укрепление психического здоровья, получение психологической поддержки, гармонизацию внутреннего состояния [4]. Арт-терапевтические техники способствуют изменению психических состояний в сторону улучшения и снижая напряженность, тревожность, фрустрированность.

Результаты исследования могут служить в помощь клиническим психологам, специалистам по социальной работе в качестве разработки рекомендаций и корректирующих программ для детей с онкологическими заболеваниями.

Список литературы:

1. Моисеенко Е.И. Медико-социальная служба в онкологии – новый ресурс помощи детям с онкологическими заболеваниями /Е.И. Моисеенко // Теоретический и научно-практический журнал. № 1. 2003. С.23-29.

2. Капустина А. Н. Многофакторная личностная методика Р. Кэттелла. /А.Н. Капустина. – СПб.: Речь, 2001. 36 с.

3. Лебедева Л.Д. Восстановительная арт-терапия эмоциональных состояний онкобольных /Л.Д. Лебедева // Клиническая и специальная психология, 2012. №3.

4. Шихова Е.П., Носкова М.В., Кропанева Е.М. Использование арт-терапевтических техник в учебном процессе медицинского вуза /Е.П. Шихова, М.В. Носкова, Е.М. Кропанева // Педагогика, 2016. № 5. С. 55-60.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Валиева Регина Айратовна, Галялиева Лейсан Алмазовна
Научный руководитель: Шкляев Алексей Евгеньевич
ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск, Россия
ГБОУ ДПО КГМА Минздрава России, г. Казань, Россия

Ключевые слова: психоэмоциональный статус, гипертоническая болезнь, стабильная стенокардия.

Сердечнососудистые заболевания занимают первое место в структуре смертности населения Российской Федерации, ухудшая демографическую ситуацию в стране и представляя угрозу национальной безопасности. В Удмуртской Республике общая заболеваемость патологией сердца и сосудов в 2013 году составила 255,2 на 1000 взрослого населения, в том числе 102,6 на 1000 человек – артериальные гипертензии и 47,0 на 1000 человек – ишемическая болезнь сердца. Смертность от сердечнососудистых заболеваний занимает первое место в структуре общей летальности взрослого населения, составляя 605,5 на 100 тыс. населения [1]. Следует отметить, что кардиологическая патология характеризуется высокой распространенностью депрессивных состояний. Депрессия, оказывая прямое патофизиологическое влияние на функциональное состояние сердца и сосудов, приводит к развитию опасных для жизни клинических проявлений ишемической болезни сердца, повышает тонус периферических сосудов. Имеется и опосредованное влияние, связанное с изменением поведенческих реакций, усугубляющих действие других факторов риска, а также снижающих приверженность таких пациентов назначенной терапии. В целом, стресс, тревога и депрессия значительно отягощают клиническое течение кар-

диологической патологии, неблагоприятно влияют на прогноз сердечнососудистых заболеваний, повышая риск неблагоприятного исхода.

Цель: уточнить диагностическое значение психоэмоциональных характеристик пациентов, страдающих стабильной стенокардией и гипертонической болезнью.

Задачи: 1. Сопоставить клинико-лабораторные данные пациентов со стабильной стенокардией и гипертонической болезнью.

2. Оценить психоэмоциональный статус у больных со стабильной стенокардией и гипертонической болезнью.

3. Уточнить взаимосвязь между психоэмоциональным статусом и клинико-лабораторными данными методом корреляционного анализа.

Материал и методы. Обследовано 30 пациентов в возрасте 62,0±11,9 лет, которые были разделены на две группы. Первая - 15 больных со стабильной стенокардией I-III функциональных классов (11 женщин и 4 мужчины в возрасте 68,4±10,6 лет), вторая – 15 пациентов с гипертонической болезнью I-III стадии (10 женщин и 5 мужчин в возрасте 56,4±12,5 лет). Индекс массы тела больных первой группы составил 31,5±4,0 кг/м^2, второй - 30,3±2,5 кг/м^2, пульс - 73,2±2,9 и 75,0±2,0 ударов в минуту, систолическое АД - 144,3±4,1 и 163,6±7,0 мм рт. ст., диастолическое АД - 87,0±2,9 и 96,9±4,9 мм рт. ст., соответственно.

Обследованные группы сравнили по психоэмоциональному статусу, включавшему определение уровня тревожности (тест Спилбергера-Ханина) [2], депрессивных состояний (тест Цунга) [3], стрессоустойчивости и социальной адаптации (тест Холмса и Раге) [4]. Результаты клинико-лабораторных данных пациентов сопоставили с показателями психоэмоционального статуса методом корреляционного анализа. Все больные получали стандартную антигипертензивную и антиангинозную терапию, метаболические корректоры в соответст-

вии с индивидуальными показаниями. Средняя продолжительность лечения составила 14,4±1,3 дней.

Результаты и их обсуждение. Тест на стрессоустойчивость и социальную адаптацию Холмса и Раге позволил выявить следующие данные. В группе пациентов со стабильной стенокардией высокий уровень стрессоустойчивости был выявлен у 5 (33,4%) из 15 обследованных, средний уровень – у 4 (26,6%), низкий уровень - у 6 респондентов (40%). В группе пациентов с гипертонической болезнью высокий уровень стрессоустойчивости отмечен у 12 (80%) из 15 опрошенных, средний уровень - у 1 (6,7%), низкий уровень - у 2 (13,3%). По результатам теста Цунга (оценка депрессивных состояний) в группе больных со стабильной стенокардией депрессия отсутствовала у 12 (80%) из 15 обследованных, легкая тяжесть депрессии зафиксирована у 2 (13,4%), средняя тяжесть депрессии - у 1 (6,6%). В группе пациентов с гипертонической болезнью депрессия отсутствовала у 13 (86,7%) из 15 обследованных, легкая форма депрессии выявлена у 2 (13,3%). Тест Спилбергера-Ханина для определения уровня тревожности выявил следующие данные. Ситуативная тревожность в группе больных стабильной стенокардией была очень высокой у 1 (6,7%) из 15, высокой - у 1 (6,7%), средней - у 8 (53,4%), низкой - у 4 (26,6%), очень низкой - у 1 (6,6%). В группе пациентов с гипертонической болезнью средняя ситуативная тревожность отмечена у 11 (73,4%) из 15 больных, низкая - у 4 (26,6%). Личностная тревожность у пациентов со стабильной стенокардией оказалась очень высокой у 1 (6,7%) из 15 обследованных, высокой - у 1 (6,7%), средней - у 10 (66,6%), низкой - у 3 (20%). У пациентов с гипертонической болезнью личностная тревожность была средней у 10 (66,6%) из 15 обследованных, низкой - у 5 (33,4%).

При корреляционном анализе отдельных клинико-лабораторных показателей у пациентов с гипертонической болезнью были выявлены следующие

связи уровня АД: прямая зависимость средней силы с индексом массы тела (коэффициент корреляции 0,45), прямая зависимость средней силы с содержанием лейкоцитов в периферической крови (0,5), обратная зависимость средней силы с уровнем общего белка (-0,48) и концентрацией общего холестерина в крови (-0,3). Полученные величины коэффициента корреляции отражают вклад отдельных метаболических факторов в формирование гипертонической болезни. Кроме того выявлена прямая зависимость средней силы между содержанием общего холестерина в крови и возрастом (0,46), уровнем лейкоцитов (0,43). Закономерно были обнаружены прямая зависимость средней силы между концентрациями гемоглобина и эритроцитов (0,47), обратная зависимость средней силы между содержанием эритроцитов и скоростью оседания эритроцитов (-0,34).

Анализ взаимоотношений клинико-лабораторных данных и показателей психологического статуса позволил констатировать следующие взаимосвязи. Прямая зависимость средней силы между уровнем АД и стрессоустойчивостью (0,35) была выявлена в группе пациентов с гипертонической болезнью, обратная зависимость средней силы между данными показателями (-0,3) - в группе больных стабильной стенокардией. Прямая зависимость средней силы отмечена между концентрацией глюкозы в венозной крови и стрессоустойчивостью в обеих группах (0,41 – у пациентов с гипертонической болезнью, 0,44 – со стабильной стенокардией), что, очевидно, объясняется контринсулярным действием гормонов стресса, играющих важную роль в становлении и формировании как артериальной гипертензии, так и ишемической болезни сердца. Также установлено наличие обратной зависимости средней силы между содержанием фибриногена и выраженностью депрессии (-0,6) в группе пациентов с гипертонической болезнью и прямой зависимости средней силы (0,3) в группе больных со стабильной стенокардией.

Выводы. 1. Большинство пациентов стабильной стенокардией (40%) характеризуются низкой стрессоустойчивостью, лишь у 33% обследованных выявлена высокая стрессоустойчивость. Для пациентов с гипертонической болезнью более характерна высокая стрессоустойчивость (80%).

2. Депрессия отсутствует у большей части обследованных в обеих группах (у 80% больных стабильной стенокардии и 86% - гипертонической болезнью).

3. Выраженность ситуативной тревожности у большей части пациентов обеих групп оказалась средней (у 53% и 73%, соответственно). Однако, по 1 (6,7%) пациенту со стабильной стенокардией имели очень высокую и высокую ситуативную тревожность, частота низкой тревожности была одинакова в обеих группах (26%).

4. Уровень личностной тревожности чаще был средним (по 66,6% в обеих группах). При этом по 1 (6,7%) пациенту со стабильной стенокардией имели очень высокий и высокий уровень личностной тревожности. Тогда как среди пациентов с гипертонической болезнью все оставшиеся 33,4% имели низкий уровень тревожности.

5. Полученные результаты демонстрируют определенные различия в психоэмоциональном статусе пациентов, страдающих стабильной стенокардией и гипертонической болезнью. Для больных со стабильной стенокардией более характерными оказались низкий уровень стрессоустойчивости в сочетании с высоким уровнем тревожности (как ситуативной, так и личностной), чем для пациентов с гипертонической болезнью. Очевидно, выявленные различия психоэмоционального статуса обследованных групп пациентов связаны с нозологическими особенностями изученных заболеваний, исходными личностными характеристиками и возрастом пациентов, а также стажем болезни.

6. Результаты настоящего исследования необходимо учитывать при разработке программ лечения и реабилитации больных с патологией сердечно-сосудистой системы.

Список литературы:

1. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Удмуртской Республики в 2013 году. – Ижевск, 2014. – 297 с.

2. Батаршев А.В. Базовые психологические свойства и самоопределение личности: практическое руководство по психологической диагностике. - СПб.: Речь, 2005. - С. 44−49.

3. Амбулаторная и больничная психотерапия и медицинская психология: материалы 5-й Всероссийской общественной профессиональной медицинской психотерапевтической конференции. Москва, 2007. - С. 75-78.

4. Психодиагностика стресса: практикум / сост. Р.В. Куприянов, Ю.М. Кузьмина. – Казань: КНИТУ, 2012. – С. 75-79.

Специальный выпуск электронного научного журнала
«Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие»
подготовлен по материалам научно-образовательного проекта
«III Всероссийская научно-практическая конференция
студентов и молодых ученых
«ПСИХОЛОГИЯ И МЕДИЦИНА: ПУТИ ПОИСКА ОПТИМАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ»
(г. Рязань, 23-25 ноября 2016 г.)

ВЫПУСК № 1(16) / 2017
выйдет в феврале 2017 года

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ,
приглашаем Вас к публикации Ваших работ
на сайте журнала!

E-mail: humjournal@rzgmu.ru

Требования к материалам,
представляемым к публикации в журнале,
изложены на сайте **www. humjournal.rzgmu.ru**
в разделе **«АВТОРАМ»**

Просим представлять Ваши материалы к публикации
до 31 января 2017 года