

не може бути успішним в усьому. Не всі методи і прийоми роботи виходять однаково добре, не до всіх видів діяльності проявляється інтерес і схильність. У зв'язку з цим психологові необхідно формувати індивідуальний стиль професійної діяльності з урахуванням своїх індивідуальних особистісних особливостей. Логіка формування індивідуального стилю професійної діяльності психолога припускає наступні важливі моменти: спочатку він спирається на вже наявні у нього здібності і уміння, поступово пристосовувавши їх до рішення професійних завдань; потім на основі наявних якостей і умінь нерідко виникають нові, раніше відсутні якості. Нарешті, поступово формується складна взаємозв'язана система адаптаційних і нових професійно важливих якостей практичного психолога.

### **Література**

1. Абульханова-Славская К.А. Личностные механизмы регуляции деятельности. Проблемы психологии личности/К.А.Абульханова-Славская. -М.: Наука, 1972. – 214с.
2. Абульханова-Славская К.А. Стратегия жизни / К.А.Абульханова-Славская.- М.: Мысль, 1991. – 143с.
3. Markus H. (1983) Self- knowledge: an expanded view. Journal of personality, 51.

## **СЕКЦІЯ 2. АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

**Агалаков Сергей Геннадьевич, Егорченко Светлана Петровна,**  
*г. Одесса, ОНУ им. И.И. Мечникова, кафедра клинической психологии.*

### **ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СЕМЕЙ, ИМЕЮЩИХ В СОСТАВЕ ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫХ ЧЛЕНОВ**

Ключевые слова: семейная психотерапия, больные дети, психосоматические заболевания.

Аннотация. В данной работе охарактеризованы семьи, имеющие тяжелобольного ребенка. Доказана взаимосвязь психологических особенностей матерей с развитием у них психосоматической патологии. Сформулированы принципы психокоррекционной работы.

В настоящее время в динамике состояния здоровья детского населения, как Украины, так и ряда других европейских стран, отмечается множество неблагоприятных тенденций, среди которых значительное место занимают врожденные и наследственные заболевания; растет удельный вес детей, рожденных с травмами и патологией центральной нервной системы.

В случае появления детей-инвалидов, основное бремя заботы о ребенке ложится на родителей, что существенным образом сказывается на всех сферах их жизнедеятельности, ведет к изменению качества жизни. Семья, в которой живет больной ребенок, оказывается особой микрогруппой, с присущей только ей атмосферой межличностных отношений. Эти отношения по-разному проявляются и в различной степени влияют на развитие ребенка, протекание его заболевания, а также общее психическое и физическое состояние самих родителей. Анализ различных аспектов проблем семьи ребенка с отклонениями в развитии изложен в трудах А. И. Захарова [1]; И. И. Мамайчук., Л. М. Щипицына [2]; Г. А. Мишиной [3]; Е. М. Мастюковой, А. Г. Московкиной [4]; В. В. Ткачевой, [5]. Появление проблемного ребенка в семье заставляет эту семью меняться, меняется повседневная жизнь членов семьи, их психологическое состояние, контакты с внешней средой, уровень и качество социальной активности, и, как следствие, состояние их здоровья и благополучия.

В повседневной жизни родители детей-инвалидов сталкиваются с множеством проблем. Они испытывают трудности при выборе воспитательных и образовательных средств воздействия на своих детей, глубокие, внутренние психологические проблемы, обусловленные рождением в семье больного ребенка. Социально-психологический портрет таких семей фиксирует явное неблагополучие: от 30% до 60% семей распадаются (Янушанец Н. Ю., 2006) [6], часть семей существует с искаженными межличностными отношениями (30%), сохраняя семью формально (Безух С. М., Лебедева С. С., 2006). Таким образом, программа комплексного изучения взаимосвязанных психологических и социально - демографических факторов, детерминирующих процессы возникновения и характера протекания заболеваний у родителей в условиях длительного стресса, каковым является тяжелое нарушение развития ребенка, является важной научной и государственной задачей.

Нами было обследовано 108 женщин, дети которых проходят психологическую коррекцию и реабилитацию в центре им. Януша Корчака по поводу аутизма, ДЦП, болезни Дауна. 77 респонденток данной группы состоят на врачебном диспансерном учете по поводу различных заболеваний психосоматического характера. В состав диагностического комплекса вошли: тест - опросник уровня тревоги Дж. Тейлор, тест «Смысложизненные ориентации» Д. А. Леонтьева, методика изучения фрустрационной толерантности С. Розенцвейга, тесты «Самооценка» и «Степень эмоциональной созависимости» Б. Уайнхолд, Дж. Уайнхолд, «Тест на оптимизм» Л. М. Рудиной, «Тест эмоциональной экспрессии» Н. С. Курек.

Было доказано, что низкая самооценка, высокая степень эмоциональной созависимости, пессимизм, отсутствие значимых целей, низкая фрустрационная толерантность и подавление эмоциональной экспрессии способствуют возникновению и дальнейшему развитию заболеваний.

Выяснено, что при проведении психокоррекционной работы у пациентов достоверно повышается самооценка ( $p < 0,05$ ), снижается уровень тревоги ( $p < 0,001$ ), они более активно и конструктивно действуют во фрустрирующих ситуациях ( $p < 0,05$ ), ставят перед собой более значимые цели ( $p < 0,05$ ), возрастает уровень оптимизма и осознание личной ответственности за собственную жизнь ( $p < 0,001$ ). Подобные изменения психологического профиля личности сопровождаются позитивными изменениями психоэмоционального фона, настроения, улучшением самочувствия и состояния здоровья, что проявляется значительным уменьшением предъявляемых жалоб, уменьшением или прекращением приема медикаментозных средств, повышением качества жизни.

### **Литература**

1. Захаров А.И. Происхождение детских неврозов и психотерапия. - М.: ЭКСМО-Пресс, 2000. — 448 с.
2. Мамайчук И. И., Щипицына Л. М. - Детский церебральный паралич. / И. И. Мамайчук., Л. М. Щипицына // Монография. Дидактика Плюс, 2001. – 291 с.
3. Мишина Г. А. Формы организации коррекционно-педагогической работы специалиста-дефектолога с семьей, воспитывающей ребенка раннего возраста с нарушениями психофизического развития (методические рекомендации) / Г. А. Мишина // Дефектология. - 2001. -

№1. - С. 60-64.

4. Мастюкова Е. М., Московкина А. Г. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии / Е.М. Мастюкова, А.Г. Московкина / М.: Владос, 2003. – 408 с.

5. Ткачева В.В. Психокоррекционная работа с матерями, воспитывающими детей с отклонениями в развитии. Практикум по формированию адекватных отношений. - М., 2000. – 63 с.

6. Янушанец Н. Ю., Кокорева Т. Г. / Анализ оказания медицинской помощи детям-инвалидам вследствие болезней нервной системы /Т. Г. Кокорева., Н. Ю. Янушанец // Актуальные вопросы реабилитации в педиатрии.-СПб.,2006.-С.67-70.

**Вереш Мелинда Пейтеровна**, г. Одесса, студентка ОНУ имени И. И. Мечникова

## **СТРАХ КАК АДАПТАЦИОННЫЙ МЕХАНИЗМ ВЫЖИВАНИЯ**

Страх — внутреннее состояние, сильный эмоциональный процесс, обусловленный грозящим реальным или предполагаемым бедствием. В процессе адаптации человеку приходится приспосабливаться к новому месту обитания, кругу общения, манере поведения, где все новое заставляет нас переживать, тревожиться, паниковать, ведь, как сказал Наполеон: «Есть только два рычага, которые способны управлять человеком: страх и личностный интерес», поэтому первое рассматривается как главный механизм выживания.

Страх отнесён к базовым эмоциям, то есть является врождённым, с генетически заданным физиологическим компонентом. Причинами страха считают реальную или воображаемую опасность. Страх, сигнализируя о состоянии опасности, зависит от многих внешних и внутренних, врожденных или приобретенных причин.

Еще со времен Фрейда, страх принято делить на страх реальный и невротический. Страх реальный для нас является чем-то рациональным и вполне реальным. Кто-то боится змей, воды, темноты, преступников. Это реакция на восприятие внешней опасности. Как таковой, этот страх является целесообразным и выполняет сигнальную функцию: опасность