

**ПСИХОТЕРАПИЯ, ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ,
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ
ГРАНИ ИССЛЕДУЕМОГО**

Материалы Международного конгресса
(Санкт–Петербург, 17–18 марта 2017)

САНКТ–ПЕТЕРБУРГ
2017

СОДЕРЖАНИЕ

ПРОГРАММА VII Международного Санкт-Петербургского конгресса
ПСИХОТЕРАПИЯ, ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ,
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ — ГРАНИ ИССЛЕДУЕМОГО

СТАТЬИ

Агарков В.А., Бронфман С.А.

ВЛИЯНИЕ КУЛЬТУРЫ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ
НА ОЖИДАНИЯ ПАЦИЕНТОВ В ОТНОШЕНИИ ПСИХОТЕРАПИИ*

Agarkov V.A., Bronfman S.A.

THE INFLUENCE OF CULTURE AND SOCIO-PSYCHOLOGICAL FACTORS
ON PATIENTS' EXPECTATIONS TOWARDS PSYCHOTHERAPY*

Александров А.А.

ДИАЛОГ В АНАЛИТИКО-КАТАРТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Alexandrov A.A.

DIALOGUE IN THE ANALITICAL-CATHARTIC THERAPY

Бабарахимова С.Б.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОГНИТИВНО-БИХЕВИОРАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИЙ
У ЖЕНЩИН С УЧЁТОМ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ

Babarahimova S.B.

EXPERIENCE OF USING COGNITIVE-BEHAVIORAL TREATMENT OF DEPRESSIVE DISORDERS IN WOMEN,
TAKING INTO ACCOUNT PERSONAL CHARACTERISTICS

Горбунова Е.Н.

СТРАХИ И КОМПЛЕКСЫ В ПОЧЕРКЕ. ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ

Gorbunova E.N.

FEARS AND COMPLEXES REFLECTED IN HANDWRITING. DIAGNOSTICS AND THERAPY

Ихсанов Р.Ф.

НЕКОТОРЫЕ СУЩНОСТНЫЕ ПОНЯТИЯ В ПСИХОТЕРАПИИ

Iskhanov R. F.

SOME ESSENTIAL CONCEPTS OF PSYCHOTHERAPY

Кабанова Л.И.

ФЕНОМЕНОЛОГО-ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНАЯ ФИЛОСОФИЯ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Kabanova L.I.

PHENOMENOLOGICAL AND EXISTENTIAL PHILOSOPHY IN PSYCHOLOGICAL PRACTICE

Касмынина Анна Васильевна

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАВИСИМОСТЕЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ

Kasmynina A.V.

THE MAIN ASPECTS OF ADDICTION PREVENTION IN POPULATION

Катков А.Л.

ПРИКЛЮЧЕНИЕ ДЕМОНА ПО ИМЕНИ «ПЛАЦЕБО» В ДОМЕ ПСИХОТЕРАПИИ

Katkov A. L.

AN ADVENTURE OF THE DEMON NAMED PLACEBO IN A PSYCHOTHERAPY HOUSE

Катков А. Л.

УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Katkov A. L.

QUALITY MANAGEMENT OF PSYCHOTHERAPEUTIC HELP

Катков А. Л.

ПСИХОЭТИКА

Katkov A. L.

PSYCHOETHICS

Кудряшова В.Ю., Сарайкин Д., Иванов М.В.

КОПИНГ-СТРАТЕГИИ И САМОРЕГУЛЯЦИЯ ПОВЕДЕНИЯ

У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Kudryashova V.Y., Saraykin D., Ivanov M.V.

COPING STRATEGIES AND SELF-REGULATION OF BEHAVIOR

IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND AFFECTIVE DISORDERS

Макаров В.В.
ИСТОРИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ ОБРАЗОВАНИЯ ПО ПСИХОТЕРАПИИ И РОДСТВЕННЫМ СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ
Makarov V.V.
HISTORY AND PROSPECTS OF EDUCATION IN PSYCHOTHERAPY AND RELATED PROFESSIONS

Мельникова А.А., Бережная Е.А.
ИНТЕГРАТИВНАЯ ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ: ИСТОКИ И ПЕРСПЕКТИВЫ
Melnikova A.A., Berezhnaya E.A.
INTEGRATIVE DANCING AND MOTIVE THERAPY: SOURCES AND PROSPECTS

Можгинский Ю.Б.
ДЕТСКИЙ ПСИХОАНАЛИЗ: МЕЖДУ ЛЕКАРСТВАМИ И ПСИХОТЕРАПИЕЙ
Mozhginskiy Y.B.
CHILDREN'S PSYCHOANALYSIS: BETWEEN PHARMACOLOGY AND PSYCHOTHERAPY

Резаков А. А., Олиферук Т.П., Шарабура А.С.
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРРЕКЦИИ ЛОГОПЕДИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ
В СРАВНИТЕЛЬНОМ АНАЛИЗЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ
У ПАЦИЕНТОВ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДНЕВНОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО СТАЦИОНАРА
Rezakov A.A., Oliferuk T. P., Sharabura A. S.
DETERMINATION OF THE EFFECTIVENESS OF THE CORRECTION OF SPEECH DISORDERS
IN A COMPARATIVE ANALYSIS OF PSYCHOTHERAPEUTIC INTERVENTIONS
IN PATIENTS OF PSYCHO-NEUROLOGICAL DAY REHABILITATION HOSPITAL

Сердюк О.В., Сиденкова А.П.
ДЕМЕНЦИИ, КАК ФАКТОР СЕМЕЙНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ УХАЖИВАЮЩИХ ЛИЦ
(клинико-психосоциальный подход)
Serdyuk O.V., Sidenkova A.P.
DEMENTIA AS A FACTOR OF FAMILY DESADAPTATION

Сайдалиходжаева Д.Г.
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН
Saydalihodjaeva D. G.
PSYCHOLOGICAL RESEARCH OF ANXIETY DISORDERS IN PREGNANT WOMEN

Скупова Т.В.
ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА
И ВОСПИТЫВАЮЩИМ ИХ СЕМЬЯМ НА НАЧАЛЬНЫХ ЭТАПАХ ДИАГНОСТИКИ
Skupova T.V.
KEY TASKS IN HELPING CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS AND RAISING THEIR FAMILIES IN THE INITIAL STAGES OF
DIAGNOSIS

Чурбакова О.Ю.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ
С РАССТРОЙСТВАМИ СПЕКТРА АУТИЗМ
Churbakova O.Y.
EFFICIENCY OF THE COMPLEX APPROACH TO TREATMENT AND REHABILITATION OF CHILDREN
WITH AUTISTIS SPECTRUM DISORDERS

Шишков В.В.
МЕСТО ГИПНОСУГГЕСТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Shishkov V.V.
PLACE OF HYPNOSUGGESTIVE PSYCHOTHERAPY IN THE TREATMENT OF CHILDREN AND TEENAGERS
WITH PSYCHOSOMATIC DISORDERS

ТЕЗИСЫ

Аверин В.А., Бочаров В.В., Шишкова А. М.
АКЦЕНТ НА КОНСТРУКТИВНОЙ ЛИЧНОСТНОЙ АКТИВНОСТИ РОДСТВЕННИКОВ БОЛЬНЫХ С ХИМИЧЕСКОЙ АДДИКЦИЕЙ, КАК
НЕОБХОДИМЫЙ ШАГ К ДЕСТИГМАТИЗАЦИИ БЛИЗКИХ БОЛЬНОГО
Averin V. A., Shishkova A.M.
EMPHASIS ON CONSTRUCTIVE PERSONAL ACTIVITY OF DRUG ADDICT'S RELATIVES, AS A NECESSARY STEP TO THEIR
DESTIGMATIZATION

Агарков В.А., Бронфман С.А., Мальцева Д.Ю.
ОЖИДАНИЯ В ОТНОШЕНИИ ПАТТЕРНОВ МЕЖЛИЧНОСТНОГО ОБЩЕНИЯ "ЭФФЕКТИВНОГО" И "НЕЭФФЕКТИВНОГО" ТЕРАПЕВТА У
ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ*.
Agarkov V.A., Bronfman S.A., Maltseva D.Y.
EXPECTATIONS CONCERNING PATTERNS OF INTERPERSONAL COMMUNICATION OF "EFFICIENT" AND "NON-EFFICIENT" THERAPIST
AMONG REPRESENTATIVES OF DANGEROUS OCCUPATIONS *

14. Мякотных В.С., Березина Д.А., Сиденкова А.П., Боровкова Т.А., Гаврилов И.В. Некоторые медико-психологические особенности процесса старения женщин//Вестник Уральского медицинского академического науки. 2014. № 1 (47). С. 75-78.
15. Мякотных В.С., Сиденкова А.П., Боровкова Т.А., Березина Д.А. Медицинские, психологические, социальные, гендерные аспекты старения в современной России//Успехи геронтологии. 2014. Т. 27. № 2. С.302-309.
16. Sinclair I., Parker R., Leat D., Williams J. The kaleidoscope of care: a review of research on welfare provision for elderly people. London: HMSO; 1990.
17. Сиденкова А.П. Динамический анализ социально-психологических факторов комплаенса длительной противодementia терапии// Психиатрия 2016 №1 (69) С.27-34
18. Withanage A.N. Abstracts of the XXI World Congress of Neurology Dementia, delirium and aggressive behaviour (AB) among hospitalised elderly / A.N. Withanage, S. Wass, A. Foy // Journal of the Neurological Sciences. – 2013. – Vol. 333 (1). – P. 293.
19. Соколова И.В., Сиденкова А.П., Семке А.В. комплексная диагностика и терапия деменций с бредом//Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2016. № 1 (90). С. 54-58.
20. Sahathevan R. Dementia, stroke, and vascular risk factors: a review / R.Sahathevan, A. Brodtmann, G.A. Donnan // International Journal of Stroke 2012. - Vol. 7. - Issue 1. - P.61-73
21. Salman K. Лечение психоза у лиц пожилого возраста / K. Salman, E. J.Byrne // Advances in Psychiatric Treatment. - 2005. – Vol. 11. – P. 286–296.
22. World Health Organization Neurological Disorders: Public Health Challenges. — Switzerland: World Health Organization, 2006. — С. 204–207.

DEMENTIA AS A FACTOR OF FAMILY DESADAPTATION

Serdyuk Oleg V., Sverdlovsk Regional Psychiatric Clinic, Yekaterinburg, Russia.

Sidenkova Alyona P., Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russia.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Сайдалиходжаева Дилноза Гафуржановна – ассистент кафедры психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии, Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г.Ташкент, Республика Узбекистан.

Аннотация. Выявлена взаимосвязь между уровнем тревожности и наличием стрессогенных факторов как у первородящих, так и у повторнородящих беременных женщин на разных этапах гестации, влияние микросоциальной среды на формирование и выраженность тревожных нарушений как фактора риска угрозы прерывания беременности.

Ключевые слова: тревожные расстройства, депрессивные расстройства, беременные женщины.

Актуальность: согласно исследованиям многих отечественных психологов и психиатров установлено, что несмотря на высокую распространенность психоэмоциональных изменений беременных женщин, в большом количестве случаев они не диагностируются [6]. Психологическая готовность к материнству во многом определяет характер протекания беременности и родов и отношения привязанности матери и младенца [2]. Психоэмоциональные изменения выявляются у 80% беременных, причем 56% из них составляют депрессивные расстройства разной степени выраженности [1]. По результатам эпидемиологических исследований тревожные и депрессивные расстройства признаны самыми частыми нервно-психическими расстройствами у беременных женщин [3]. Психоэмоциональные расстройства повышают риск развития осложнений протекания беременности, оказывают неблагоприятное влияние на социальное функционирование женщины [4]. Установлено, что частота возникновения тревожно-депрессивных расстройств повышается при беременности в подростковом возрасте и ранней юности, а также у беременных женщин с низким социально-экономическим статусом [5].

Целью исследования явилось определение уровня тревожности у первородящих и повторнородящих женщин в период беременности, изучение стрессогенных факторов, влияющих на их формирование, для разработки наиболее ранних способов психопрофилактики и коррекции психоэмоциональных изменений беременной женщины.

Материалы и методы исследования: объектом для исследования явились 28 первородящих и 12 повторнородящих беременных женщин, состоящих на консультативном учете районной женской консультации по поводу физиологически протекавшей беременности и ранее не обращавшихся за медицинской помощью к психиатрам и невропатологам. Им был предложен тест-опросник, составленный на основании структурированного интервью с беременными женщинами, в котором женщины отвечали на вопросы о сроке беременности, желанности беременности, отношениях в семье, своем самочувствии, эмоциональном состоянии, испытываемых опасениях, планах, связанных с ребенком и будущей жизнью, представлении о родах и послеродовом периоде. Для определения уровня тревожности была использована методика измерения личностной и ситуативной тревожности Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина.

Результаты и обсуждение. По результатам исследования уровня тревожности можно увидеть, что среди беременных, принявших участие в исследовании, женщины с таким уровнем тревожности, как высокий, встречаются одинаково часто как среди первородящих, так и повторнородящих женщин. Пациентки жаловались на сниженное настроение, к которому присоединялись или с которым сочетались тревожные переживания и страхи предстоящих трудностей, опасностей и изменений жизни. Тревожные переживания, в основном, были представлены состоянием тревожной гипотимии, то есть сниженным настроением, связанным с ожиданием опасности (в протекании родов, предстоящем материнстве и проблемами воспитания ожидаемого ребёнка). Страхи беременных женщин носили

доминирующий характер. Они были связаны с реальной ситуацией, преобладали в сознании, вытесняя все другие мысли, и мешали сосредоточиться на текущей деятельности. При исследовании уровня тревожности у первородящих женщин с помощью методики Спилбергера-Ханина были получены следующие результаты:

Таблица 1

Уровень личностной тревожности у первородящих беременных женщин

Уровень тревоги	I триместр (n=28)	II триместр (n=28)	III триместр (n=28)
Высокий	5	6	12
Умеренный	15	18	16
Низкий	8	4	-

Из приведенных данных видно, что у первородящих беременных женщин в первом триместре беременности наиболее часто отмечался умеренный уровень личностной тревожности (53,5%). В 17,8% случаев отмечался высокий уровень личностной тревожности и в 28,6% случаев низкий уровень личностной тревожности.

Во втором триместре беременности умеренный уровень личностной тревожности отмечался в 64,2% случаев, также было отмечено увеличение числа случаев с высокой тревожностью 21,4%, низкий уровень личностной тревожности встречался в 14,2% случаев.

В третьем триместре беременности низкий уровень личностной тревожности не регистрировался, отмечалось значительное увеличение количества женщин с высоким уровнем тревожности (42,8%), умеренный уровень личностной тревожности выявлен в 57,1% случаев. На фоне тревоги некоторые пациентки переживали ипохондрические реакции.

Таблица 2

Уровень ситуативной тревожности у первородящих беременных женщин

Уровень тревоги	I триместр (n=28)	II триместр (n=28)	III триместр (n=28)
Высокий	2	2	4
Умеренный	16	16	20
Низкий	10	10	4

Как видно из приведенных данных, уровень ситуативной тревожности у первородящих беременных женщин на протяжении первого и второго семестра беременности не изменяется, так высокий уровень тревожности был выявлен в 7,1% случаев, умеренный уровень ситуативной тревожности в 57,1% случаев, низкий уровень ситуативной тревожности отмечался у 35,7% обследованных.

К третьему триместру значительно повышается количество первородящих женщин с умеренным уровнем ситуативной тревожности – 71,4% и с высоким уровнем тревожности – 14,2%, в то время как низкий уровень ситуативной тревожности встречался только у 14,2% обследованных. Это связано с приближением родов и рождением ребенка.

У первородящих женщин личностная тревожность, как правило, носила иррациональный характер. Тревога не имела под собой реальных событий или обстоятельств. Сами женщины это состояние описывали как чувство внутреннего напряжения, которое либо присутствовало постоянно, либо как бы «накатывало» неожиданно и продолжалось различные промежутки времени.

Пациентки отмечали появление у них язвительной придирчивости, мелочной критичности, что провоцировало конфликты с окружающими людьми, что еще больше снижало настроение. Пациентки, желая отвлечься, «сбежать» от своих переживаний, а также от конфликтов, специально выбирали магазин в дальних районах от дома, планировали затяжной маршрут прогулки.

Анализ данных показал, что у повторнородящих женщин в первом триместре превалирует умеренный уровень личностной тревожности – 66,6%, низкий уровень тревоги был выявлен у 8,3% обследованных, высокий уровень личностной тревожности в 16,6% случаев (таблица 3).

Таблица 3

Уровень личностной тревожности у повторнородящих беременных женщин

Уровень тревоги	I триместр (n=12)	II триместр (n=12)	III триместр (n=12)
Высокий	3	6	5
Умеренный	8	1	2
Низкий	1	5	5

Во втором триместре беременности преобладает высокий уровень тревожности – 50%, умеренный уровень тревожности выявлялся в 8,3% случаев, низкий уровень тревоги был выявлен у 41,6% обследованных.

В третьем триместре по сравнению с первым триместром значительно снижается количество женщин со средним уровнем тревожности до 16,7%, однако высокий уровень тревожности выявляется в 41,6% случаев.

Таблица 4

Уровень ситуативной тревожности у повторнородящих беременных женщин

Уровень тревоги	I триместр (n=12)	II триместр (n=12)	III триместр (n=12)
Высокий	3	6	4
Умеренный	4	1	1
Низкий	5	5	7

В отношении ситуативной тревожности в I триместре у повторнородящих женщин преобладает низкий уровень – 41,6%, умеренный уровень личностной тревожности выявлен в 33% случаев, в 25% случаев – высокий уровень.

Во II триместре у повторнородящих женщин преобладает высокий уровень личностной тревожности – 50% обследованных. Низкий уровень личностной тревожности отмечен в 41,6% случаев, умеренный уровень тревожности – в 8,3% случаев.

В III триместре низкий уровень тревожности составляет 58,3%, высокий уровень тревожности уменьшается до 33,3%, умеренный уровень ситуативной тревожности встречался в 8,3% случаев.

У повторнородящих женщин тревога носила рациональный характер и была обусловлена реальными источниками: отягощенным анамнезом, неблагоприятно закончившимися предыдущими беременностями, наличием отклонений в течение данной беременности, тяжелым или ухудшенным соматическим состоянием самой женщины. Для большинства женщин тревожно-депрессивные переживания связаны с отношением к себе беременной (65%). Это может отражать неготовность этих женщин к изменениям в семейной и социальной сферах жизни, к принятию роли матери. Выраженная тревога, неуверенность в себе и недовольство беременностью и материнством являются факторами риска прерывания беременности.

Анализируя влияние стрессогенных факторов на развитие тревожности у беременных женщин, было выявлено, что в первом триместре беременности как один из наиболее значимых стрессогенных факторов беременные женщины выделили изменение самочувствия, утомляемость, усталость.

Во втором триместре беременности среди стрессогенных факторов, связанных с повышением тревожности, можно выделить госпитализацию в больницу, конфликты на работе, страх перед родами. Изменение собственного самочувствия не влияло на развитие личностной тревожности, это связано с тем, что женщина привыкает к своему положению. В третьем триместре беременности происходят существенные изменения. Все стрессогенные факторы положительно связаны с уровнем тревожности. Именно в третьем триместре женщины выделили наиболее значимым для себя стрессогенным фактором тревогу за будущего малыша. А все остальные факторы тем или иным образом могут сказаться на здоровье будущего ребенка, поэтому и вызывают повышенный уровень тревожности.

Для повторнородящих женщин среди стрессогенных факторов, влияющих на развитие тревоги, были отмечены – болезни старших детей, болезни родителей или мужа. У женщин, перенесших медицинский или самопроизвольный аборт, такие стрессогенные факторы, как тревога за малыша и госпитализация в больницу занимали ведущее положение на протяжении всей беременности. Общее эмоциональное состояние беременной женщины очень нестабильное, она постоянно думает о предстоящих родах, о своем здоровье и о здоровье будущего малыша, поэтому «плохой сон при беременности», «конфликты с начальством», «госпитализация в больницу», «повышенная усталость, утомляемость», «страх перед родами» – все влечет за собой повышение уровня тревожности.

Высокий уровень тревожности встречался у 67,5% беременных женщин, что говорит о проявлении состояния тревожности в разнообразных ситуациях. Это является нарушением эмоциональной сферы личности, свидетельствует о недостаточной приспособляемости человека к тем или иным социальным ситуациям. Такой уровень тревожности может дезорганизовать любую деятельность, что в свою очередь может привести к пониженной самооценке, неуверенности в себе, это состояние может выступать в качестве одного из механизмов развития невроза, так как способствует усугублению личностных противоречий. У 73% беременных женщин встречается средний уровень с тенденцией к высокой тревожности, что говорит о склонности беременной переживать тревогу, т.е. эмоциональное состояние, возникающее в ситуациях неопределенной опасности и проявляющееся в ожидании неблагоприятного развития событий. Повышенный порог тревожности объясняется тем, что на протяжении всей беременности происходят глобальные изменения в организме женщины, которые, отличаясь неопределенностью, вызывают тревожное состояние.

Выводы. Таким образом, идентификация беременности по уровню тревожности выявила, что эмоциональное состояние в первый триместр умеренно тревожное, во втором триместре не наблюдается стабилизации, повторяются тревожные эпизоды, формирование высокого уровня тревожности в третьем триместре связано со страхами за исход беременности, родов и послеродовый период. Полученные данные исследования позволяют разработать наиболее ранние способы психопрофилактики эмоциональных изменений беременной женщины.

Список литературы

1. Боровикова Н.В. Психологическая помощь беременным. //Русский медицинский журнал. – 2000. № 3. – с. 10.
2. Добряков И. В. Перинатальная психология: Питер; СПб.; 2010. –234с.
3. Мещерякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству / С.Ю. Мещерякова // Вопросы психологии. 2000. № 5. С. 18–27.
4. Селенина Н.Н. Психологические особенности представлений беременных женщин о своем состоянии и будущем родительстве / Селина Н.Н. // Семья и личность, Армавир, 2015. -83-87с.
5. Шамилова Н.В. Психологические причины нарушения адаптации к беременности и материнству/ Шамилова Н.В. // Проблемы современного педагогического образования, Ялта, 2016. - 226-232с.
6. Филиппова Г.Г. Психология материнства / Г.Г. Филиппова. М.: Институт психологии РАН, 2002. 236с.

PSYCHOLOGICAL RESEARCH OF ANXIETY DISORDERS IN PREGNANT WOMEN

Saydalihodjaeva Dilnoza Gafurjanovna, assistant of the Department of Psychiatry, Narcology, Child Psychiatry, Medical Psychology and Psychotherapy; Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan.

Key words: anxiety disorders, depressive disorders, pregnant women.

ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА И ВОСПИТЫВАЮЩИМ ИХ СЕМЬЯМ НА НАЧАЛЬНЫХ ЭТАПАХ ДИАГНОСТИКИ

Скупова Татьяна Витальевна, старший преподаватель кафедры специальной педагогики и специальной психологии, Самарский государственный социально-педагогический университет.

Проблема расстройств аутистического спектра (РАС) на современном этапе является одной из самых актуальных в детской психиатрии, специальной психологии и педагогики. Аутизм – это расстройство развития, проявляющееся качественными нарушениями в сфере коммуникации, социального взаимодействия, а также склонностью к стереотипному поведению. Расстройства аутистического спектра проявляются в детском возрасте и в разной степени сохраняются на протяжении всей последующей жизни человека.

Большинство детей, страдающих аутизмом, имеют снижение интеллекта разной степени выраженности. Примерно 20 % детей демонстрируют уровень интеллектуального развития, соответствующий возрасту.

Известно, что расстройства аутистического спектра представляют собой неоднородную группу. Выделяют несколько траекторий развития, характерных для детей, страдающих аутизмом. Часть детей демонстрируют низкий уровень функционирования уже в раннем возрасте и в дальнейшем достаточно медленно продвигаются в своем развитии. Другая группа характеризуется более высоким стартом и значительной скоростью продвижения. Примерно в 15–20 % случаев развитие протекает по траектории, при которой после периода низкого уровня функционирования наблюдается внезапное быстрое продвижение до высокого уровня (Морозов С.А., 2015).

Аутизм как симптом часто встречается при различных видах психических нарушений – при осложненных формах лобной олигофрении, детского церебрального паралича, при патологии слуха и зрения и др. Синдром аутизма нередко входит в состав сложного дефекта, где играет роль не меньшую, чем другие нарушения, – например, интеллектуальная, речевая, двигательная недостаточность. Именно наличие аутизма в клинической картине приводит к появлению особых трудностей в построении стратегии и тактики коррекционного подхода (Морозова С.С., 2007).

На сегодняшний день причины возникновения РАС окончательно не выявлены, они относятся к полиэтиологичным, и, как правило, предполагаемый фактор возникновения РАС может быть выявлен (а в большинстве случаев так и остается неизвестным) уже после постановки диагноза.

Исследования в данной области идут непрерывно, постоянно выдвигаются те или иные теории, которые не всегда вносят ясность, а иногда, напротив, мешают. И хотя аутистический синдром может встречаться во всех возрастных группах, диагностика данного расстройства в раннем возрасте часто затруднена.

Учитывая, что аутизм часто сочетается с интеллектуальной недостаточностью, нарушениями развития речи, опорно-двигательного аппарата и сенсорных систем, диагностическая задача осложняется: нужно не только выявить аутистическую симптоматику, но попытаться квалифицировать ее.

Для уточнения диагноза необходим комплексный подход и динамичное наблюдение. Диагностика должна быть направлена на выявление не только патологии, но и сильных сторон, положительных свойств, потенциальных возможностей ребенка.

Ранняя диагностика и выявление данного синдрома необходимы для того, чтобы более успешно выстраивать психолого-педагогическую работу до поступления ребенка в школу, так как «центр тяжести» всех проявлений данного рода нарушений падает именно на дошкольный возраст. Своевременно начатая коррекционная работа с таким детьми и удачный опыт попыток интеграции в дошкольном возрасте в коллективе детей позволяет значительно улучшить прогноз дальнейшего психического развития и возможностей социализации детей с РАС.

Конечной целью оказания помощи детям с РАС является повышение качества жизни, что предполагает, в частности:

- повышение уровня самостоятельности;
- возможность устанавливать социальные отношения;
- возможность учиться и работать;
- доступ к активному отдыху и досугу (Хаустов А.В., 2016).