

бительных изменений сердечно-сосудистой системы и вегетативной регуляции сердечного ритма возможно обусловленных половыми особенностями обследованных спортсменов.

Выводы

В динамике годичной подготовки у юношей наблюдались тенденция к усилению активности симпатической нервной системы, усиления централизации управления ритмом сердца, а у девушек — адаптационные перестройки обусловлены тенденцией к преобладанию вагусных влияний и наименьшей активности симпатического канала регуляции вегетативной нервной системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Артеменков, А. А.* Динамика вегетативных функций при адаптации к физическим нагрузкам / А. А. Артеменков // Теория и практика физической культуры. — 2006. — № 4. — С. 59–61.
2. *Баевский, Р. М.* Ритм сердца у спортсменов / Р. М. Баевский, Р. Е. Мотылянская. — М.: Физкультура и спорт, 1986. — 144 с.
3. *Иорданская, Ф. А.* Диагностика и дифференцированная коррекция симптомов дезадаптации к нагрузкам современного спорта и комплексная система мер их профилактики / Ф. А. Иорданская, М. С. Юдинцева // Теория и практика физической культуры. — 2000. — № 3. — С. 40–47.
4. Компьютерный анализ сердечного ритма в мониторинге здоровья и функционального состояния спортсменов / Ф. А. Иорданская [и др.]; под общ. ред. Ф. А. Иорданской. — М.: ВНИИФК, 2004. — 54 с.

УДК 616.-053.2:611-018.2

ОЦЕНКА УРОВНЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОМФОРТА ДЕТЕЙ, БОЛЕЮЩИХ СИСТЕМНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Исаева М. А., Родина А. В.

**Научные руководители: ассистент И. М. Малолетникова;
психолог А. П. Щетинина; ассистент Н. В. Николаенко**

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

Учреждение

«Гомельская областная клиническая психиатрическая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В группу системных заболеваний соединительной ткани (СЗСТ) включены патологические состояния, характеризующиеся генетически обусловленным системным типом воспаления различных органов и тканей, которые развиваются на фоне аутоиммунных и иммунокомплексных процессов. СЗСТ включают ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА), системную красную волчанку (СКВ), системную склеродермию (ССД), ювенильный дерматомиозит (ЮДМ). Эти заболевания объединяются общностью морфологических изменений (соединительнотканная локализация процесса) и патогенеза [1].

Болезнь оказывает влияние на все сферы жизни ребенка, становится фактором, задающим тенденцию его отношений к жизни, представлению о будущем, занимает большее количество времени и внимания, следовательно, оценка роли психологических факторов в течение заболевания позволяет осуществлять целенаправленное психопрофилактическое и психокоррекционное вмешательство в системе лечебно-восстановительных мероприятий и реабилитации этих пациентов [2].

Цель

Изучить уровень психологического комфорта детей, болеющих СЗСТ.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе кардиоревматологического отделения учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница». Группа детей состояла из 20 человек (16 девочек и 4 мальчика).

Все пациенты дали устное согласие принять участие в исследовании. Были выбраны проективные психодиагностические методики. Каждому ребенку было предложено нарисовать 3 рисунка («Семью в образе животных», «Рисунок человека» и «Несуществующее животное»). По каждому рисунку дети отвечали на вопросы.

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе проведенного исследования было выявлено, что из 20 детей (1 ребенок имел диагноз СКВ, 4 — ССД и 15 детей — ЮРА). Средний возраст составил 11,2 года. Соотношения между мальчиками и девочками составило 6 и 14 случаев.

По результатам исследования выявлены следующие особенности: высокий уровень эмоционального и телесного напряжения у всех детей; повышенный уровень тревожности, наличие фобического компонента тревожности, субъективно определяемый как ощущение непонятной угрозы, страх перед будущим, страх смерти, немотивированные опасения диагностированы у 95 % детей.

По шкале социальной защиты у 95 % детей повышена необходимость в поддержке, защите, опоре, наличие фрустрированной аффилиативной потребности в любви.

По шкале биологизации эмоций у 80 % детей выявлены высокие показатели вытеснения эмоциональных проблем, подавления сдерживаемых эмоций, приводящих к физиологическим расстройствам.

У 70 % детей выявлены напряженные, неудовлетворительные отношения в семье, занижена самооценка и неуверенность в себе, у 55 % — повышенный уровень агрессивности, враждебности, в том числе защитной, от посягательств своей социальной позиции, у 43 % — повышена демонстративность своей болезни.

При анализе рисунков детей в зависимости от патологии были выявлены следующие особенности. У детей со склеродермией высокий уровень телесного напряжения, фобического компонента тревожности, трудности социальной адаптации, биологизация эмоций, потребность в защите, напряженные отношения в семье.

У ребенка с СКВ высокий уровень эмоционального напряжения, вытеснение проблем, ригидность, потребность в опоре и поддержке, конфликтные отношения в семье, конфликтное сочетание разнонаправленных тенденций — избегания неуспеха и мотивация достижения.

Для пациентов с ЮРА свойственно отсутствие активного поиска помощи в отношении своих эмоциональных расстройств, субъективные жалобы их скудны и однообразны.

Выводы

У 80 % детей с СЗСТ отмечался высокий уровень эмоционального и телесного напряжения, повышенный уровень тревожности, заниженная самооценка, напряженные отношения в семье.

Учитывая тяжесть патологии, неоднократную госпитализацию в стационар, целесообразно включить в план реабилитации детей с СЗСТ регулярные занятия с психологом.

Психологическая помощь должна быть, ориентирована на повышение самооценки, преодоления депрессивного и тревожного мышления, приобретения навыков конструктивного совладения с «негативными» эмоциями, коммуникативности, налаживания конструктивных взаимоотношений в семье. Также важно ослабления навязчивой фиксации на боли и мышечном напряжении при болевом синдроме, мобилизация психологических и социальных ресурсов в целях повышения качества жизни.

Наиболее адекватны для решения методы поддерживающей, когнитивной, поведенческой, телесно-ориентированной, танцедвигательной, игровой, арт-терапии, системной семейной психотерапии. Формы работы могут быть индивидуальной, групповой, а также семейное консультирование.

Поддерживающий психокоррекционный подход включает в себя эмпатичное выслушивание пациента, позволяющее ему выразить свои скрываемые переживания, в частности чувства вины, злости, грусти, стыда, страха, беспомощности, безнадежности, а также раскрыть конфликтные и трудные жизненные ситуации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Детские болезни : практ. пособие / А. В. Сикорский [и др.]; под ред. А. М. Чичко, М. В. Чичко. — Минск: ФУАинформ, 2013. — 896 с.
2. Дунай, В. И. Психология больного ребенка: курс лекций / В. И. Дунай, Ю. И. Чепик. — Минск: БГУ, 2006. — 60 с.