

Основная группа включала 158 женщин, курящих до и во время беременности: 81 курила на протяжении всей беременности («курящие») и 77 – курили ранее, но отказались от табакокурения в первом триместре гестации («отказавшиеся»). В группе «курящих» 45 чел. (62,5%) имели слабую степень никотиновой зависимости (НЗ) и 27 чел. (37,5%) – среднюю.

**Результаты исследования и их интерпретация.** Анализ эмпирических данных показал, что превалирующим элементом в структуре гестационной доминанты явился оптимальный, который отличался у беременных женщин в зависимости от табачного анамнеза ( $p=0,008$ ). Так, некурящие женщины в период гестации не высказывали излишней тревоги по поводу беременности и предстоящих родов, факт беременности не вызывал у них сильных и длительных отрицательных эмоций, в отличие от курящих ( $p=0,007$ ). У отказавшихся от табака в I триместр беременности наблюдалось повышение эйфорического элемента по сравнению с курящими ( $p=0,047$ ). Нередко беременность становилась у них способом манипулирования, средством изменения отношений с супругом (партнером) посредством декларирования чрезмерной любви к будущему ребенку; в качестве доказательства последнего они с легкостью отказывались от употребления табачных изделий без помощи специалиста. У курящих женщин статистически выше был депрессивный элемент ПКГД по сравнению с некурящими или отказавшимися ( $p<0,001$  и  $p=0,045$ , соответственно), что проявлялось резко сниженным фоном настроения, а также игнорирующим и тревожным стилем переживания беременности.

Нами был выполнен логистический регрессионный анализ, где в качестве зависимой переменной были данные, отражающие анамнез табакокурения: «курящие – отказавшиеся от табака беременные», «курящие – некурящие женщины» и «отказавшиеся от табака – некурящие».

Отказавшиеся от табака беременные женщины имели в 1,275 раза выше эйфорический элемент ПКГД и в 2,293 раза ниже – депрессивный ( $p=0,046$  и  $p=0,039$ , соответственно) по сравнению с курящими. Однако после коррекции на семейное положение данная взаимосвязь стала статистически незначима. Схожая ситуация наблюдалась и в ходе использования зависимой переменной «курящие – некурящие».

Как до коррекции на семейное положение, так и после нее вероятность выраженности того или иного элемента ПКГД в группе «отказавшиеся от табака – некурящие» кардинально не изменилась. Оказалось, что независимо от семейного положения некурящие беременные имели в 1,410 раза выше показатель оптимального элемента ПКГД ( $p=0,006$ ) и в 1,942 ниже – тревожного ( $p=0,003$ ) по сравнению с женщинами, отказавшимися от табака в I триместре.

Таким образом, тип ПКГД обусловлен не только анамнезом табакокурения женщины, но и ее семейным положением, в связи с чем группой риска депрессивного и тревожного типа ПКГД, как правило, являются беременные женщины, не состоящие в браке и злоупотребляющие табаком, что необходимо учитывать при курации женщин гестационного периода.

### **Связь личностных характеристик и особенностей внутренней картины болезни при химических аддикциях**

**А. Г. Яворская, С. А. Корнеева**

(Белгородский государственный университет, Белгород, Россия)

Являлась актуальной во все времена, на сегодняшний день проблема психологической зависимости оказалась одной из первоочередных. Глобальная аддиктивность, девиантизация общества определяют необходимость новых подходов к изучению и профилактике традиционных и вновь возникших аддикций, из которых традиционно к наиболее распространенным относятся химические формы зависимости – алкоголизм и наркоманию. В настоящее время психология аддиктивности все в большей степени приобретает самостоятельный статус благодаря накоплению обширных данных о психологических характеристиках разнообразных форм и типов аддиктивного поведения, его психологических механизмах, способах профилактики, психокоррекции и реабилитации пациентов.

К одной из наиболее значимых и малоразработанных проблем современной психологии зависимости относится проблема связи зависимого поведения и преморбидных личностных особенностей.

Личностные особенности являются устойчивой характеристикой человека, своеобразной «линзой», отражаясь и преломляясь в которой объективный окружающий мир и внутренние ощущения становятся субъективными, приобретая специфические для каждого типа ценности, личностно значимые акценты, вызывая различные эмоции и чувства. Личность проявляется в любой человеческой деятельности, влияя на межличностное взаимодействие и самоотношение, опосредуя поступки и поведенческие реакции в различных жизненных ситуациях, в том числе и в ситуации заболевания. К числу важнейших клинико-психологических феноменов, неразрывно связанных с личностными особенностями, формирующихся при их непосредственном участии, относится внутренняя картина болезни, которая имеет большое значение в процессе социально-психологической реабилитации зависимых. Вслед за Р.А. Лурия, под внутренней картиной болезни мы понимаем «весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятий и ощущений, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и

травм». Она является психологическим эквивалентом сознания болезни и характеризует его критическую оценку.

Исходя из этого, проблема нашего исследования звучит следующим образом: какова связь личностных характеристик и особенностей внутренней картины болезни при химических формах аддиктивного поведения?

Исследование проводилось на базе ОГУЗ «Областной наркологический диспансер». В работе приняли участие 30 пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью. Возрастной диапазон испытуемых – от 19 до 54 лет, средний возраст составил 30-37 лет. На основе критериев классификационной системы МКБ-10 диагностировались хронический алкоголизм (средняя стадия) и опийная наркомания; стаж заболевания колеблется от 2 до 20 лет.

В качестве диагностического инструментария были использованы следующие методики: методика качественной и количественной оценки нарушений сознания наркологической болезни (авт. Демина М.В.); «Личностный опросник Бехтеревского института» (ЛОБИ) (авторы методики - сотрудники Бехтеревского института, 1983 год); методика Мини-Мульт; модифицированная методика исследования самооценки Дембо-Рубинштейн; метод цветowych выборов М. Люшера (модификация Л.Н. Собчик).

Статистическая обработка данных проводилась с использованием непараметрических критериев: U-критерия Манна-Уитни, критерия  $\phi^*$  – углового преобразования Фишера. При анализе данных также был использован факторный анализ.

По результатам факторного анализа личностных показателей и показателей, характеризующих внутреннюю картину болезни у зависимых, было выделено 7 значимых факторов.

В первый фактор вошли следующие показатели: сенситивный, тревожный, ипохондрический, неврастенический типы отношения к болезни, показатели по шкале психастении, ипохондрии, шизоидности, а также показатель интенсивности тревоги. Данный фактор собрал в себе показатели, описывающие тревожность, мнительность, низкую переносимость дискомфорта при высокой фиксированности на болезненных ощущениях, а также сенситивность к средовым воздействиям и страх недостаточного признания и пренебрежительного отношения со стороны окружения. В целом фактор объединяет тревожно-астенический паттерн отношения к болезни.

Второй фактор включает такие показатели, как апатический тип отношения к болезни (с отрицательным знаком), степень удовлетворенности собой, уровень актуальной самооценки, зрелость отношения к ценностям. Фактор может рассматриваться как конструкт, описывающий такой паттерн поведения в ситуации заболевания, который характеризует осознанное отношение к болезни и необходимости лечения, субъективную значимость для больного происходящих с ним изменений. При этом в качестве условий, сопутствующих формированию данного типа отношения к болезни, выступают высокий уровень самооценки, четкое осознание своих возможностей, зрелое отношение к самостоятельно выработанным ценностям.

В третий фактор вошли следующие показатели: эргопатический тип отношения к болезни, гармоничный тип отношения к болезни, уровень идеальной самооценки по шкале «Здоровье», а также по всем шкалам в среднем, степень удовлетворенности собой по шкале «Здоровье». Данный конструкт объединяет показатели, описывающие два наиболее зрелых, адекватных типа отношения к заболеванию, характеризующиеся стремлением содействовать успеху лечения, переключением интересов на те области жизни, которые остаются доступными больному, в частности на работу. При этом уровень притязаний остается высоким, а низкая степень удовлетворенности собой преодолевается успехами в тех сферах деятельности, в которых проявляется активность пациентов.

Четвертый фактор объединяет такие показатели, как паранойяльный тип отношения к болезни, показатель по шкале паранойяльности, что подтверждает результат корреляционного анализа и позволяет выделить конструкт, описывающий паранойяльное отношение к болезни.

Показатели, входящие в пятый фактор: эйфорический тип отношения к болезни и близость к гипертимному типу личности также отражают закономерную корреляцию. Данный фактор расширяет и уточняет эйфорический тип отношения к болезни.

В шестой фактор вошли показатели по шкалам истерии, депрессии, ипохондрии, общий показатель по клинической оценке переживания наркологической болезни, эгоцентрический тип отношения к болезни, а также гармоничный тип отношения к болезни (с отрицательным знаком). Данный фактор объединяет показатели, описывающие эгоцентризм, стремление пациента показать свою исключительность, в том числе в отношении болезни, демонстративность, использование болезни в личных целях, фиксированность на состоянии здоровья, сенситивность, неудовлетворенность собой и своими возможностями, отсутствие адекватной оценки собственного состояния, наличие нарушений сознания наркологической болезни. Таким образом, фактор уточняет эгоцентрический паттерн отношения к болезни.

Седьмой фактор содержит следующие показатели: анозогнозический тип отношения к болезни, уровень актуальной и идеальной самооценки по шкале «Оптимизм». Объединенные показатели позволяют уточнить анозогнозический паттерн отношения к болезни, для которого характерны активное отбрасывание мысли о болезни, отрицание очевидного в проявлениях болезни, отказ от лечения. При этом сопутствующими данному типу отношения к болезни оказываются такие особенности, как высокий уровень оптимизма, взгляд на жизнь с позитивной точки зрения, уверенность в лучшем будущем.

Факторный анализ позволил нам подтвердить предположение о связи между различными особенностями внутренней картины болезни и личностными характеристиками наркозависимых, а также уточнить и расширить описание различных типов отношения к болезни на основе выделения конструктов, описывающих внутреннюю картину болезни и личностные характеристики наркологических больных.

Обобщая результаты проведенного исследования, можно сделать ряд выводов:

1. Наиболее часто встречаемыми типами отношения к болезни среди пациентов обеих групп являются неврастенический, ипохондрический, тревожный и паранойяльный типы.
2. Нарушения сознания болезни у пациентов с химическими аддикциями характеризуются как незначительные. Различия между особенностями переживания болезни пациентами с алкоголизмом и наркоманией касаются главным образом характера переживания вреда болезни: больные алкоголизмом переживают болезнь как угрозу психическому здоровью и предпринимают попытки противостоять болезни, большинство больных наркоманией остаются на уровне констатации физических осложнений.
3. В изучаемой выборке преобладают черты характера, стили поведения и общения, близкие к ипохондрическому, психастеническому и шизоидному типу. При этом полученные нами данные высокой с долей вероятности объясняются временем и спецификой ситуации обследования, так как все пациенты на момент диагностики находились в абстинентном синдроме, для которого характерны состояния дискомфорта, беспокойства, повышенного внимания к вегетативным нарушениям, высокий уровень тревожности. Среди больных наркоманией наиболее высокие средние баллы выявлены также по шкалам депрессии и психопатии.
4. Для пациентов характерны средний уровень актуальной самооценки, высокий уровень идеальной самооценки, низкая степень удовлетворенности собой, интегрированности осознанного и неосознаваемого уровней самооценки, эмоциональная неустойчивость и незрелость отношения к ценностям.
5. В результате проведения факторного анализа мы получили возможность уточнить и расширить описание различных типов отношения к болезни путем выделения конструктов, описывающих внутреннюю картину болезни и личностные характеристики наркологических больных. На основе личностных особенностей нами были дополнено описание ипохондрического, эгоцентрического, меланхолического, паранойяльного, апатического, анозогнозического типов отношения к болезни. Кроме того, выделены конструкты, описывающие тревожно-астенический паттерн отношения к болезни, паттерн отношения, характеризующийся высоким уровнем осознанности болезни и признанием необходимости лечения, конструкт, описывающий гармонический и эргопатический типы – два наиболее зрелых, адекватных типа отношения к заболеванию, характеризующиеся стремлением содействовать успеху лечения.

Таким образом, проведенное исследование позволило уточнить и расширить описание различных типов отношения к болезни на основе выделения конструктов, описывающих внутреннюю картину болезни и личностные характеристики наркологических больных.

## **Sensory Processing Difficulties: Helping Young Children To Cope**

**L. Y. Smith**

(EI program of Illinois, Glencoe, IL USA)

Early Intervention program is a state run program that provides services for young children (0-3 years old) with special needs and developmental delays. Referrals are usually done by pediatricians or concerned family members. There are few areas of evaluation during assessment process: cognitive, social-emotional, adaptive, gross motor, fine motor, receptive language and expressive language. Some of the services are: speech therapy, developmental therapy, physical therapy, occupational therapy that addresses those areas of concern. In order to qualify for the services child must have developmental delay of 30% or more. Sensory processing difficulties often results in contributing to developmental delays and the ability to reach milestones in young children. Based on our observations and evaluations results we found that 73% of participants in the program had some kind of **sensory processing** issues. Only 19% of those children have had medical diagnosis that was the main reason for developmental delay.

Sensory integration is a neurological process, enabling us to take in and make sense of many different kinds of sensation coming into the brain from our bodies and the world. The ability to make adaptive responses is dependent upon adequate sensory processing.

Williamson and Anzalone identify five components that help to explain how sensory processing occurs. These components are: sensory registration, orientation, interpretation, organization of a response, execution of a response.

Children who have sensory processing difficulties might over-register or are hyper-responsive to sensory stimulation. They might be overly attentive to sounds because they can hear sounds that we typically don't. Others might report that certain texture of clothes feels as rough as sandpaper. Children may also under-register sensory information. They may not feel wetness of their clothes or pain like other people and may only respond when sensory stimulation is highly exaggerated.