

ҚАЗАҚСТАН ИНЖЕНЕРЛІ - ПЕДАГОГИКАЛЫҚ ХАЛЫҚТАР ДОСТЫҒЫ УНИВЕРСИТЕТІ
КАЗАХСТАНСКИЙ ИНЖЕНЕРНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ДРУЖБЫ НАРОДОВ
KAZAKHSTAN ENGINEERING AND PEDAGOGICAL UNIVERSITY OF FRIENDSHIP OF PEOPLES

ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ПСИХОЛОГИЯ ҒЫЛЫМДАРЫНЫҢ АКАДЕМИЯСЫ (РЕСЕЙ)
МЕЖДУНАРОДНАЯ АКАДЕМИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ НАУК (РОССИЯ)
INTERNATIONAL ACADEMY OF PSYCHOLOGICAL SCIENCES (RUSSIA)

ҚАЗАҚСТАН ПЕДАГОГИКА ҒЫЛЫМДАРЫНЫҢ АКАДЕМИЯСЫ
АКАДЕМИЯ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ НАУК КАЗАХСТАНА
ACADEMY OF PEDAGOGICAL SCIENCES OF KAZAKHSTAN

АБАЙ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ ПЕДАГОГИКАЛЫҚ УНИВЕРСИТЕТІ
КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. АБАЯ
KAZAKH NATIONAL PEDAGOGICAL UNIVERSITY NAMED AFTER ABAI



**«XXI ҒАСЫРДАҒЫ ПЕДАГОГИКА ЖӘНЕ ПСИХОЛОГИЯ:
ТЕОРИЯ, ӘДІСНАМА ЖӘНЕ ТӘЖІРИБЕ»**

атты Қазақстан Республикасы Тәуелсіздігінің 25 жылдығына арналған
Халықаралық ғылыми-тәжірибелік Конгресс

ЕҢБЕКТЕРІНІҢ ЖИНАҒЫ

24-25 қараша 2016 ж.

СБОРНИК ТРУДОВ

Международного научно-практического Конгресса

«ПЕДАГОГИКА И ПСИХОЛОГИЯ XXI ВЕКА:

ТЕОРИЯ, МЕТОДОЛОГИЯ И ПРАКТИКА»,

посвященной 25-летию Независимости Республики Казахстан

24-25 ноября 2016 г.

COLLECTION OF WORKS

of the international scientific-practical Congress

«PEDAGOGY AND PSYCHOLOGY OF THE XXI CENTURY:

THEORY, METHODOLOGY AND PRACTICE»

dedicated to the 25th anniversary of Independence of the
Republic of Kazakhstan

24-25 November 2016

ҚАЗАҚСТАН ИНЖЕНЕРЛІ-ПЕДАГОГИКАЛЫҚ
ХАЛЫҚТАР ДОСТЫҒЫ УНИВЕРСИТЕТІ

XXI ғасыр-білімге сен

I-ТОМ

на все вопросы о подробностях исследования. В.Н.Дружинин подчеркивает, что невозможность ознакомления с полной картиной эксперимента дополнительно усиливает ответственность исследователя за благополучие и достоинство испытуемых.

Таким образом, профессионализм психолога-диагноста обеспечивается не только совершенствованием знаний предмета психологического обследования, навыков и умений использования диагностирующего инструментария. Одним из направлений решения этой проблемы является обучение практических процессов не только процедуре тестирования (при неизменном знании психологии), но и глубокое понимание методологии подхода к "оценке" особенностей развития психики личности. А также на личностных установках альтернативных типичному ролевому поведению работника системы образования, а именно традиционному оценочному пониманию, посредством приписывания учащимся фиксированных оценочных клише или ярлыков.

Литература:

1. Обозова Н.Н. Вопросы тактические психодиагностики и консультирования в ВУЗе. Санкт-Петербург, 2004 г.
2. Дубровина И.В. Практическая психология образования. Москва, 2005 г.
4. Суннатова Р.И. Самосознании субъекта жизнедеятельности. Ташкент, 2005г.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Нармегова Ю.К.-докторант

Национального университет Узбекистана, Узбекистан, г.Ташкент

Резюме

В статье рассматриваются вопросы организации психологической помощи больным, страдающие хронической почечной недостаточностью. Отмечается, что роль психолога на стационарном этапе заключается в консультативной помощи лечащему врачу в случаях, не требующих психиатрического лечения. При этом работа психолога не сводится только к диагностике. Психолог может применять известные методы психологического воздействия, обучать психокоррекционным приемам, помочь в решении внутренних конфликтов больного, улучшению понимания болезни.

Abstract

Article deals with the organization of the psychological care of patients suffering from chronic renal failure, it is noted that the role of psychologist at the stationary phase is to advise the physician in cases that do not require psychiatric treatment. In this work of psychologist is not limited to the diagnosis. The psychologist may use known methods of psychological influence, educate psycho-correction techniques, to help solve the internal conflicts of the patient, a better understanding of the disease.

Ключевые слова: психология больного, личностные особенности, клинический психолог, хронической почечной недостаточность, психокоррекция, реакция на болезнь, психотерапия, реабилитация.

Проблема исследования личностных особенностей больных занимает важное место в клинической психологии. Известно, что у лиц, страдающих тяжелыми, длительно протекающими заболеваниями, происходит трансформация личности, которая затрагивает, прежде всего, эмоциональную и ценностно-смысловую сферы. Формирование внутренней картины болезни определяет стратегию не только поддержания здоровья, но и выживания в целом, включенность больного в лечебный процесс, следование комплаенсу и др. Особенно ярко это наблюдается при наличии заболеваний, сопровождающихся витальной угрозой, к числу которых относится хроническая почечная недостаточность (ХПН) [1]. Успехи современной нефрологии, техническое совершенствование гемодиализа (ГД) придают

особую актуальность проблемы больных, находящихся на лечении гемодиализом.

Исследования таких авторов, как: Р.М. Басвский (2005), Р. Лазарус (1998), Б.М. Коган (1997), Кюблер-Росс (2001), Ф. Александер (2003), А.И. Яроцкий (2005), В.Д. Менделевич (2001) и др. свидетельствуют о том, что операционное вмешательство оказывает сверхсильное психотравмирующее воздействие на пациента, а потому становится серьезным событием в его жизни. Больные с хронической почечной недостаточностью имеют определенные типы реакций на болезнь и испытывают тревожность, страх, чувство субъективного ощущения одиночества и т.д. Поэтому больные отделения гемодиализа нуждаются в психологической помощи и рекомендациях (5, 8, 31, 36, 37, 6, 83).

В настоящее время зарубежными и отечественными авторами такими как: К. и С. Саймонтон (2005), П. Холмс и М. Карп (2000), О.М. Айванхов (2003), А.И. Копытин (1999), Г. Лейтц (2001) и др., разработаны специализированные комплексные программы психологической помощи больным с хронической почечной недостаточностью (4, 33, 40, 59, 71). Основной задачей психотерапевтических мероприятий должна быть эмоциональная стабилизация больных отделения гемодиализа и адаптация к новым условиям с использованием современных методов психологической помощи (арттерапия, аутотренинг, гештальттерапия, психодрама и т. д.).

Принято выделять три этапа психологической адаптации гемодиализных пациентов во временном аспекте: 1) «медового месяца», длящегося первые 1—3 недели от начала диализа; 2) «уныния и разочарования», занимающего от 3 до 12 мес.; 3) долговременной адаптации. Каждому этапу соответствует набор психотравмирующих факторов и ответных реакций на них. Начальному периоду сопутствуют различные аффективные реакции на сам факт выявления терминальной стадии заболевания, принятие решения об активных методах терапии, инвалидизацию, хирургические вмешательства, соматические осложнения. Спектр реагирования проявляется широким регистром тревожных и депрессивных симптомов, нередко сопровождающихся суицидальной настроенностью. В периоде уныния и разочарования часто проявляются вспышки гнева и агрессии в отношении членов семьи и медперсонала. Периоду собственно адаптации соответствуют пролонгированные ситуации, связанные с изменением условий жизнедеятельности больных: профессионального статуса, семейного положения, сферы интересов. Наряду с расстройствами настроения присутствуют изменения системы жизненных ценностей, направленности поведенческой активности. Эти изменения отличаются более выраженным истощающим воздействием на психику больных, что связано с длительным психическим напряжением [1].

По данным разных авторов частота клинически выраженной депрессии у больных на диализе варьирует и составляет от 20 до 40%. P.L. Kimmel с соавт. считают депрессию самым распространенным психическим расстройством у больных с ХПН. R. Riezebos et al. установили достоверную связь депрессии с выживаемостью больных с терминальной уремией. По их данным депрессивные пациенты умирают в 3 раза чаще [1].

В зависимости от этапа течения ХПН и длительности пребывания на гемодиализе, психика пациентов имеет ряд особенностей, что должно учитываться при реализации программ психологического сопровождения.

Оптимизация психосоциальной сферы положительно влияет на соматический статус больного, способствует предупреждению прогрессирования заболевания. Стимулирующие, активизирующие влияние на субъекта способствует поддержанию психического функционирования на адекватном уровне.

На сегодняшний день мы сталкиваемся с необходимостью разработки такой программы психологического сопровождения, включающей и терапевтическое научение, для пациентов с ХПН, которая наряду с учетом особенностей клинического статуса, учитывала бы и эмоционально-личностные характеристики больных, удовлетворенность пациентов различными сферами своего жизненного функционирования; включала направления работы, способствующие лучшему усвоению и закреплению информации, полученной от

медицинских работников; а также способствовала преодолению сопротивления в связи с необходимостью модификации образа жизни.

В настоящее время психологическое сопровождение больных ХПН, ожидающих операцию, включает следующие этапы:

1. Предварительная психологическая подготовка больных к трансплантации, которая осуществляется в тот период, когда пациент стоит в листе ожидания. На данном этапе проводится адекватное информирование пациента о предстоящем оперативном вмешательстве, образа жизни после операции, выясняется отношение больного к операции, его установки, ожидания, сомнения, опасения. Дело в том, что пациент должен быть готов к трансплантации не только по медицинским параметрам, но и психологически. Индивидуальный подход к больному с учетом личностной реакции на предстоящее хирургическое вмешательство является необходимым условием психопрофилактической работы.

2. Непосредственно предоперационная подготовка предполагает купирование состояний страха, тревоги, создание позитивного настроения на благоприятный исход операции. В случае отказа от операции выясняются причины.

3. Психокоррекция в ближайшем послеоперационном периоде направлена на формирование в сознании больного лечебной перспективы. На этом же этапе осуществляется ситуативная коррекция эмоционального фона-апатии, тревоги, раздражительности, агрессивности, негативизма, психастенического состояния.

4. Психологическая работа на этапе реабилитации ориентирована на коррекцию иррациональных поведенческих установок больного и эмоционального дисбаланса, препятствующих адекватной организации лечебно-реабилитационного процесса; на обучение больного методикам сознательной релаксации с целью коррекции соматовегетативных нарушений; на профилактику ипохондризации, активизацию психических ресурсов в борьбе с недугом, формирование новых когнитивных и поведенческих навыков, что способствует повышению адаптационного потенциала.

5. Психологическая работа в отдаленный послеоперационный период направлена на коррекцию системы отношений личности, проработку конфликтов, оптимизацию социальных взаимоотношений пациента, поощрение самостоятельности, подбор адекватных видов занятости с целью предотвращения пассивности и тотальной бездеятельности [14].

На этапе нахождения в листе ожидания, на этапе реабилитации, в отдаленный постоперационный период актуальны групповые психокоррекционные занятия с больными ХПН, целью которых является привлечение их к социальному взаимодействию, повышение самооценки, усиление независимости, ориентация на реальность и постоянно меняющуюся действительность. В группе пациенты охотно вовлекаются в обсуждение проблем, связанных с необходимостью их собственного участия в процессе лечения. В ходе групповой работы нивелируются переживания состояния одиночества за счет обогащения социальных контактов, групповая работа позволяет компенсировать дефицит общения, участия в групповых дискуссиях стимулирует когнитивные функции. Участие в групповой работе членов семьи имеет большое значения для адаптации пациентов после выписки из стационара и делает более стабильными достигнутые результаты психотерапевтической работы (Карвасарский Б.Д., Незнанов Н.Г., 2008).

Проработку смысловых ориентаций рекомендуется проводить в русле экзистенциально-гуманистического направления. Известно, что долго и счастливо живут те люди, чья жизнь наполнена смыслом. В.Франкл рекомендует использовать технику сократического диалога в работе с пациентами, чтобы подтолкнуть их к открытию индивидуального и адекватного для себя смысла. Эта могут быть семья, работа, творчество, любимое увлечение, духовное развитие, личные отношения и многое другое. Главное, чтобы пациенты понимали, что жизнь не проходит напрасно, и всегда имеются возможности для личностного роста, развития и самореализации.

В ходе психологической консультации необходимо знать проблемы, стоящие перед больным. Ему необходимо обеспечить и восстановить ощущение достоинства и полезности, устранить пониженную самооценку и повышенную зависимость.

Таким образом, основной задачей психокоррекции отношения к болезни является реконструкция личности для освобождения зависимости от болезни путем ориентации на возможность достижения тех или других жизненных целей с учетом состояния здоровья.

При работе в клинике психолог должен следовать следующим правилам:

1. Индивидуальная психотерапия должна проводиться в виде бесед длительностью 25-30 минут, включающих в себя успокоение, информацию, разъяснение, выяснение всех элементов внутренней картины болезни. Позиция психолога должна быть гибкой сочетающей эмоциональную поддержку, конфронтацию (сопоставление неадекватных позиций больного с реальностью) и стимуляцию активности, положительное подкрепление адекватного поведения в процессе лечения. С каждым больным провести по 5-6 бесед.

2. При анозогнозическом отношении к болезни главная задача психотерапии создать у больного правильное представление о болезни, устранение информационного дефицита, ознакомление с данными исследований, разрушение стереотипных представлений больных «о крепком организме, которые переберет болезнь и без лечения», внушение больному необходимости пересмотра своего образа жизни. Положительное подкрепление адекватного поведения.

3. Больным с сенситивным и тревожно-сенситивным типом отношения к болезни особенно необходима эмоциональная поддержка. Основной упор нужно делать на повышение самооценки, социальной уверенности, умение корректировать свою жизнь.

4. При тревожно-ипохондрическом типе необходимо сочетание психотерапевтических и психофармакологических средств. Психотерапия должна быть направлена на стимуляцию активности больного, развитие интереса к работе, духовным ценностям, укреплению устойчивой веры в выздоровление.

5. Групповая психотерапия должна явиться второй составной частью психологической реабилитации. Она должна проводиться в группах по 5-6 человек. Больные в группу должны включаться после подготовительного этапа. Во время индивидуальной беседы у больного должна создаваться мотивация на этот неизвестный для него вид психотерапии.

6. Предположительно, аутогенная тренировка может быть более показана больным более молодого возраста, отличающихся оригинальностью мышления, склонностью к абстрагированию творческой деятельности. Дыхательно-релаксационная терапия предпочтительно рекомендуется лицам с высоким уровнем контроля поведения и склонностью к групповой деятельности в возрастном диапазоне 45-55 и 55-60 лет.

Необходимо подчеркнуть, что очень важное значение для проведения психологических коррекционных мероприятий в урологической клинике имеет взаимодействие и взаимопонимание между врачами и психологами.

Литература:

1. Узлов Н.Д., Бикбулатова Ю.Г. Личностные особенности пациентов, находящихся на лечении методом перманентного гемодиализа в периоде долговременной адаптации // Медицинская психология в России: электрон. журн. – 2014. – N 4(27)
2. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии. М., 2000.
3. Айванхов О.М. Гармония здоровья. - М., 2003.
4. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применения - М.: Геррус, 2003.
5. Алешина Ю.Е. Индивидуальное и семейное консультирование. - М.: Независимая фирма «Класс», 2004.
6. Гуревич П.С. О жизни и смерти. Жизнь земная и последующая. Сборник. - М., 1991.

7. Елиссеева М.В. О проблемах работы со смертью в позитивной психотерапии. // Практический психолог. 1999. - №7. - С. 4.
8. Коган Б.М. Стресс и адаптация. - М.: «Знание», 1997.
9. Колесникова Г.И. Психологическое консультирование. Серия «Высшее образование». - Ростов-на-Дону: Феникс, 2004.
10. Краткий психологический словарь / Под ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. - Ростов н/Д.: Феникс, 1998.
11. Прихожан А.М. Психология неудачника. - М.: «Сфера», 2005.
12. Соломин И. Л. Психологическое консультирование и тестирование // Журнал практического психолога. - 1999. - № 7. - С. 49-50.
13. Юнг К.Г. Практика и психотерапия. Киев: Харвест, 2003.
14. Сухобрус Е.А., Попова С.И., Кувшинова Н.Ю. Психологическая сопровождение больных хронической почечной недостаточностью. Курский государственный медицинский университет. 2010.

МЕХАНИЗМЫ ПОДСОЗНАНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ИДЕОЛОГИЧЕСКОГО ИММУНИТЕТА ЛИЧНОСТИ

(в рамках проекта гранта ЕА-1-9, "Практики оказания психологической службы разным слоям населения")

Джаббаров Х.Х., старший научный сотрудник-исследователь
Национальный Университет Узбекистана им. Мирзо Улугбек, Ташкент, Узбекистан

Резюме

В статье автор раскрывает сущность массовой культуры, ее влияния на молодежь, в особенности, в плане духовно-правственного поведения. Особо было отмечено ее влияние на здоровье подрастающего поколения. Также говорится о негативном влиянии массовой культуры на самосознание, духовные ориентиры, самоопределение и идентичность народа.

Summary

In article the author discloses essence of mass culture, its influence on youth, in particular, in respect of a spiritual moral conduct. Its influence on health of younger generation was especially noted. Also it is told about a negative impact of mass culture on consciousness, spiritual ancestors, self-determination and identity of the people.

Ключевые слова: массовая культура, идеологический полигон, разум, манипулирование, СМИ, идеологическая борьба, духовная пустота, система ценностей.

Keywords: mass culture, ideological ground, reason, manipulation, media, ideological fight, spiritual emptiness, value system.

На сегодняшний день в идеологических полигонах появляются силы производимые целевые культуры, которые популяризовав эти же культуры имеют немалые выгоды. Производители этих культур хорошо вооружены способами и средствами повлиания на психологию и разума людей, путем манипулирования.

Во все времена в идеологических борьбах имело место распространение "массовой культуры", которое имели открытые и закрытые цели. Чтобы завоевать государство или смирить какой нибудь народ проводились работы по отчуждению этих же народов от своих ценностей, корней и истинной культуры. А народ, которой не знают свою историю, свою культуру, свою многовековую историю, или не интересующиеся этими ценностями народов можно привлечь на любой путь или на любой негативную деятельность. Значит люди или целый народ забывший свои корни, не имеющий высокой духовности, в каком смысле, не обладающей системой ценностей контролирующей общечеловеческих принципов однозначно впадет во влияние черт безнравственности, зверсто и насилия.