

генными (вследствие гормональных нарушений, интоксикации, гипоксии и других воздействий на центральную нервную систему), так и психогенными факторами, связанными с психологической реакцией личности на заболевание и его возможные последствия. В данном случае речь идет о так называемом «замкнутом круге», основной механизм которого заключается в том, что нарушение, возникающее первоначально в соматической сфере, вызывает психопатологические реакции, дезорганизирующие личность и влияющие на характер ее взаимодействия с окружающими, а они, в свою очередь, являются причиной дальнейших соматических нарушений.

Учитывая, что психогенные факторы имеют немаловажное значение и даже могут привести к утяжелению течения основной соматической болезни, необходимо своевременно применять меры по профилактике такого рода последствий путем психологической коррекции и психотерапии выявленных особенностей эмоциональной сферы больных. Таким пациентам показано участие в групповой психотерапевтической работе, основным содержанием которой являются упражнения с целью самораскрытия и повышения адаптивных возможностей и уверенности в себе, освоение релаксационных техник, позволяющих снять повышенное психоэмоциональное напряжение, обучение способам перенаправления агрессии в социально приемлемые формы, усвоение модели неагрессивного поведения и др.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вялков, А. И. Концептуальный подход к формированию программы повышения квалификации по лекарственному менеджменту / А. И. Вялкова, Г. В. Шашкова, Р. С. Скулова // Фармация. — 2001. — № 1. — С. 56.
2. Гаврюшова, Л. П. Справочные издания в работе педиатра / Л. П. Гаврюшова, И. Н. Захарова, Е. А. Репина // Человек и лекарство: тезисы докладов конгресса. — 1999. — С. 49.
3. Немов, Р. С. Общие основы психологии: в 3 кн. / Р. С. Немов. — 4-е изд. — М.: ВЛАДОС, 2003. — 688 с.
4. Поппе, Г. К. Нервно-психические нарушения у детей с бронхиальной астмой / Г. К. Поппе, С. М. Пушанская. — М.: Медицина, 1982. — 325 с.
5. Рогов, Е. И. Настольная книга практического психолога: в 2 кн. / Е. И. Рогов. — 2-е изд. — М.: ВЛАДОС, 1999. — 384 с.

УДК 159.923-053.6:611.441

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Журавлева А. Е., Белякова С. А.

Учреждение образования

«Гомельский государственный университет имени Ф. Скорины»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Среди медико-социальных проблем современности одной из важных является проблема патологии щитовидной железы. Это связано с тем, что даже вне зон зобной эндемии суммарная частота различных форм этой патологии составляет не менее 20 % общей заболеваемости. В эндемичных же по зобу регионах, где проживает примерно треть человеческой популяции, эта цифра нередко превышает 50 % [1]. Сложившаяся ситуация отягощается негативным влиянием ряда психосоциальных, экологических и биологических факторов.

В настоящее время доподлинно известно, что при дефиците тиреоидных гормонов, развиваются тяжелые изменения во всех без исключения органах и системах, в том числе и в психической сфере. Дефицит тиреоидных гормонов обуславливает дисфункцию эндокринных желез (гипофиза, надпочечников), а также ухудшает деятельность мозга, поскольку наиболее чувствительна к низким уровням тиреоидных гормонов центральная нервная система [4]. Наиболее неблагоприятными последствия болезни оказываются на ранних этапах становления организма, начиная от внутриутробного периода и заканчивая возрастом полового созревания (Е. Н. Альферович) [8]. Частым спутником патологии щитовидной железы являются психические расстройства, особенно непсихотические психические расстройства, которые приводят к изменению социально-психологической адаптации личности, что в свою очередь значительно затрудняет лечение основного заболевания [5]. При заболеваниях щитовидной

железы пациенты часто предъявляют жалобы на снижение работоспособности, плохое настроение, нарушение сна, сонливость, медлительность, забывчивость. Ряд авторов отмечают полиморфизм и неоднородность психических расстройств при субклиническом течении заболевания вплоть до развития гипотиреоидного хронического психосиндрома, депрессивных состояний и психоза в результате длительного запущенного заболевания. Все эти изменения довольно часто приводят к затруднению общения с близкими людьми, лечащим врачом [6].

Особое значение проблема влияния патологии щитовидной железы на развитие личности приобретает в подростковом возрасте. Именно в данный период в результате изменений соотношений половых и адаптационно-метаболических гормонов расширяется поле пограничных состояний, легче происходит хронизация патологических процессов (Э. П. Рымашевская). В связи с этим особый интерес ученых в последнее время связан с исследованием роли щитовидной железы в процессах полового созревания (М. М. Мельникова, О. М. Сивкова, Е. А. Богданова), влияния патологии щитовидной железы на темпы полового созревания и становление менструальной функции (Н. А. Курмачева, Ю. Л. Скородок) [3]. Что касается психологических последствий, можно выделить исследования В. К. Гюлякова, Л. А. Лисенковой, В. И. Горемыкина, М. Ю. Свиначева, Э. П. Касаткиной, Л. А. Щеплягиной, в которых описано влияние дефицита йода у подростков на развитие психомоторных нарушений, снижение функций памяти и способности к абстрактному мышлению [7]. Приведенные данные, а также отсутствие до настоящего времени комплексных работ по оценке психологических особенностей личности подростков с патологией щитовидной железы подчеркивают необходимость изучения данной проблемы.

Цель

Изучение личностных особенностей подростков с заболеванием щитовидной железы.

Материал и методы исследования

В исследовании приняли участие 60 подростков женского пола, из которых 30 — с патологией щитовидной железы. Заболевания щитовидной железы были представлены диффузным нетоксическим зобом и аутоиммунным тиреоидитом. Все девочки по поводу основного заболевания получали лечение и наблюдались у эндокринолога. Для достижения поставленной цели применялся 16-факторный опросник Р. Кеттелла, который позволяет выявить особенности характера, склонностей и интересов личности. Это одна из наиболее известных многофакторных методик, созданная в рамках объективного экспериментального подхода к исследованию личности. Согласно теории личностных черт Кеттелла, личность описывается как состоящая из стабильных, устойчивых, взаимосвязанных элементов (свойств, черт), определяющих ее внутреннюю сущность и поведение. Различия в поведении людей объясняются различиями в выраженности личностных черт. Проверка значимости различий осуществлялась с помощью критерия Манна — Уитни.

Результаты исследования и их обсуждение

На основе данных исследования были выделены личностные особенности подростков с патологией щитовидной железы (по сравнению с подростками, не имеющими данного заболевания). Получены значимые отличия по всем личностным факторам: **фактор А** «шизотимия — аффектотимия» ($p \leq 0,01$): они менее общительны, более скрытные, обособленные, критичны к окружающим, безучастны и недоверчивы; **фактор В** «интеллект, конкретное мышление — абстрактное мышление» ($p \leq 0,01$): они менее собраны, сообразительны, хуже интеллектуально приспособляются, характерна ригидность мышления, в крайних случаях — эмоциональная дезорганизация мышления, более низкие умственные способности, неспособность решать абстрактные задачи; **фактор С** «сила Я, эмоциональная нестабильность — эмоциональная стабильность» ($p \leq 0,01$): они менее эмоционально устойчивы, находится под влиянием чувств, настроение переменчиво, легко расстраиваются, имеют тенденцию уступать, отказываются от работы, не вступают в споры в проблематичных ситуациях, для них характерна более высокая вероятность проявления невротической симптоматики, более склонны к ипохондрии, более утомляемы; **фактор Е** «комформизм — доминантность» ($p \leq 0,01$): они более зависимы от мнения окружающих, более застенчивы, уступчивы, более дипломатичны и услужливы, любезны, склонны брать вину на себя, безропотны, более скром-

ны, легко выводятся из равновесия авторитетным руководством и властями; **фактор F** «сдержанность – экспрессивность» ($p \leq 0,01$): они более озабочены, неразговорчивы, рассудительны, склонны к самоанализу, более заботливы, задумчивы, менее общительны, более осторожны, склонны усложнять, пессимистичны, более беспокоятся о будущем, ожидая неудач; **фактор G** «нормативность поведения» ($p \leq 0,05$): более ответственные, упорны и совестливы, имеют чувство долга, соблюдают моральные стандарты и правила; **фактор H** «робость – смелость» ($p \leq 0,01$): для них в большей степени характерны робость, нерешительность, неуверенность в своих силах, застенчивость, смущение в присутствии других, сдержанность, боязливость, озлобленность, раздраженность, они стараются строго придерживаться правил, быстро реагируют на опасность, испытывая повышенную чувствительность к угрозе, деликатны, внимательны к другим, предпочитают находиться в тени, большому обществу предпочитает одного — двух друзей; **фактор I** «реализм – чувствительность» ($p \leq 0,01$): они более склонны проявлять мягкосердечие, чувствительность, сверхосторожность, более суетливы, беспокойны, навязчивы, способны к эмпатии и пониманию, более добрые, терпимые к себе и окружающим, утонченные, склонные к романтизму, изменчивы, более эпохондричны; **фактор L** «доверчивость – подозрительность» ($p \leq 0,01$): для них в большей степени характерны подозрительность, внутреннее напряжение, большое самомнение, фиксация внимания на неудачах, раздражительность, осторожность в своих поступках, эгоцентризм; **фактор M** «практичность – мечтательность» ($p \leq 0,05$): они более практичны, тверды, для них характерны скудность воображения, приземленность стремлений, быстро решают практические вопросы, заняты своими интересами, прозаичны, избегают всего необычного, следуют общепринятым нормам, более надежны в практическом суждении, честны, добросовестны, но более беспокойны, свойственна некоторая ограниченность, излишне внимательны к мелочам; **фактор N** «прямолинейность (наивность) – проницательность (искусственность)» ($p \leq 0,05$): для них чуть в большей степени характерны наивность, простоватость, прямота, откровенность, естественность, непосредственность, бестактность в обращении, отсутствие проницательности, неопытность в анализе мотивировок, вера в человеческую сущность; **фактор O** «гипертимия – гипотимия» ($p \leq 0,01$): они более склонны переживать чувство вины, полны тревоги и предчувствий, более склонны к самобичеванию, неуверенны в себе, ранимы, обеспокоены, депрессивны, подавлены, легко могут расплакаться, легко ранимы, находятся во власти настроения, впечатлительны, чувствительны к реакциям окружающих, скрупулезны, суетливы, ипохондрики, переживают симптомы страха; **фактор Q1** «консерватизм – радикализм» ($p \leq 0,01$): подростки данной группы чаще принимают только испытанное временем, более подозрительны к новым людям, с сомнением относятся к новым идеям, более терпимы к традиционным трудностям, склонны к морализации и нравоучениям; **фактор Q2** «социабельность – самодостаточность» ($p \leq 0,05$): они более социабельны, больше нуждаются в групповой поддержке, склонны принимать совместные решения, следуют за общественным мнением, ориентируются на социальное одобрение; **фактор Q3** «импульсивность – контроль желаний» ($p \leq 0,01$): они хуже контролируют себя, более небрежны, неточны, следуют своим побуждениям, не считаются с общественными правилами, невнимательны, недисциплинированы, характерна внутренняя конфликтность представлений о себе; **фактор Q4** «расслабленность – эмоциональная напряженность» ($p \leq 0,01$): они более энергичны, эмоционально возбуждены, раздражительны, несмотря на утомляемость более активны, характерно слабое чувство порядка.

Выводы

На основе результатов исследования мы приходим к выводу о том, что изменения, обусловленные патологией щитовидной железы, оказывают влияние на формирование у подростков специфических личностных особенностей, часть из которых (например, конформизм, ипохондрия, тревожность, раздражительность и др.) носит негативный характер. Полученные данные свидетельствуют о необходимости сочетания медицинского и психотерапевтического воздействия в период лечения подростков. Что касается психологического аспекта помощи и поддержки подростков данной группы, то основными направлениями психологического вмешательства являются следующие: формирование адекватных представлений о

тех социальных действиях и ситуациях, в которых человек чувствует себя наиболее уязвимым, формирование умений адекватного восприятия и анализа социальных ситуаций и мнений окружающих и продуктивного реагирования на них; познание своих конституционных особенностей и нервно-психических резервов и обучение организации своего стиля жизни и деятельности в соответствии с имеющимися внутренними ограничениями; изменение непродуктивных способов реагирования в повторяющихся жизненных обстоятельствах за счет включения более сильных сторон характера; формирование адекватного и гибкого отношения к будущему, развитие разнообразных и содержательных ориентации на собственное будущее. В целом коррекционно-развивающая деятельность с подростками должна быть направлена на развитие эмоциональной стабильности, повышение самооценки, расширение и обогащение навыков общения со взрослыми и сверстниками, развитие адекватного отношения к оценкам и мнениям других людей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балаболкин, М. И. Эндокринология / М. И. Балаболкин. — М.: Универсум паблишинг, 1998. — С. 87–102.
2. Белкин, А. И. Нервно-психические нарушения при заболеваниях щитовидной железы / А. И. Белкин. — М.: Медицина, 1973. — 230 с.
3. Беляков, Ф. И. Психосоматические связи при заболеваниях внутренних органов / Ф. И. Беляков // Клиническая медицина. 2007. — № 3. — С. 21–24.
4. Голдырева, Т. П. Особенности психического статуса у больных йоддефицитным зобом / Т. П. Голдырева // Клиническая медицина. — 2000. — № 3. — С. 32–35.
5. Иванов, Н. Я. Патохарактерологический диагностический опросник для подростков / Н. Я. Иванов, А. Е. Личко; под ред. И. И. Шершевского. — 2-е изд. — М.: Фолиум, 1995. — 64 с.
6. Гипотиреоз (руководство для врачей) / И. А. Левко [и др.]. — М.: РКИ Северо пресс, 2002. — С. 247–283.
7. Мануйлова, Ю. Качество жизни пациентов с гипотиреозом / Ю. Мануйлова // Врач. — 2006. — № 11. — С. 40–42.
8. Михайлова, Е. Б. Клинические и терапевтические особенности психических нарушений при субклиническом гипотиреозе / Е. Б. Михайлова // Казанский медицинский журнал. — 2006. — Т. 87, № 5. — С. 349–354.

УДК 612.76

СПОСОБ ЭКСПРЕСС-КОНТРОЛЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РЕЗЕРВОВ СПЕЦИАЛИСТОВ В ДИНАМИКЕ ДЛИТЕЛЬНОГО РАБОЧЕГО ЦИКЛА

*Иванов А. О.¹, Бородин А. В.², Грошилин С. М.³, Костылев А. Н.⁴,
Скляров В. Н.³, Колодкин А. А.⁴*

¹Федеральное государственное казенное военное образовательное учреждение
высшего профессионального образования

«Научно-исследовательский институт кораблестроения и вооружения
Военный учебно-научный центр Военно-морского флота «Военно-морская академия
имени Адмирала Флота Советского Союза Н. Г. Кузнецова,

²Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования

«Санкт-Петербургский государственный электротехнический университет «ЛЭТИ»
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация,

³Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования

«Ростовский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация,

⁴Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования

«Кубанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Краснодар, Российская Федерация

Введение

Одним из основных компонентов, определяющих надежность деятельности специалистов опасных профессий с преимущественно физическим характером труда является объем