

процес проявляється у формуванні окремих ситуативних образів і розпливчастих уявлень до більш-менш сталого поняття про себе.

Мотиваційно-цільовий компонент реалізується в самоактуалізації. Самоактуалізація здійснюється через реалізацію самого себе в професії. Стійкими мотиваційними утвореннями є особистісні цінності. Операційний компонент проявляється в саморегуляції і управлінні зовнішньої і внутрішньої цілеспрямованої активності студента. Виражається в цілепокладанні, спрямованості у майбутнє, прийняттям відповідальності за реалізацію своїх цінностей на себе. Дозволяє вибудовувати стратегію власного професійного зростання, формувати активну професійну позицію особистості. Реалізація себе в майбутній професії можлива завдяки усвідомленому і осмисленому уявленню про себе, про свій ідеал професіонала і побудові стратегії свого професійного зростання в майбутньому [3].

Таким чином, однією з умов професійного становлення студентів є розробка програми психологічного супроводу розвитку професійної самосвідомості.

Список використаних джерел

1. Деркач А.А. Акмеологические основы профессионального самосознания личности: учебное пособие. Астрахань, 2000.
2. Климов Е.А. Психология профессионала: избранные психологические труды. М. Изд-во Московского психолого-социального института, 2003.
3. Маркова А.К. Психология профессионализма. М. Международный гуманитарный фонд «Знание», 1996.

Науковий керівник: Н.П. Волкова, д-р пед. наук, проф.

О.В. Козинець

*доцент кафедри логопедії та логопсихології,
факультет спеціальної та інклюзивної освіти,
Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова,
м. Київ*

ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ХВОРИХ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ

Згідно з рекомендаціями, запропонованими Європейською ініціативою з профілактики та лікування інсульту, *інсульт* визначається як *раптовий неврологічний дефіцит, зумовлений ішемією або геморагією центральної нервової системи*[6]. Проте більш повним є визначення

мозкового інсульту, запропоноване неврологами у другій половині ХХ ст.: *гостре порушення мозкового кровообігу, яке супроводжується структурно-морфологічними змінами в тканині мозку і стійким неврологічним дефіцитом, що утримується 24 години і більше після появи перших симптомів події*. Таке визначення інсульту не лише пов'язує структурно-морфологічні зміни тканини мозку і швидкий розвиток неврологічних симптомів саме з порушенням мозкового кровообігу, а й враховує тривалість і оборотність розладів функції головного мозку [3].

Розвиток мозкового інсульту зумовлюється багатьма чинниками. Тому для досягнення повнішого відновлення втрачених функцій у хворих необхідні спільні дії багатопрофільної реабілітаційної бригади. У країнах Західної Європи такі пацієнти обслуговуються міждисциплінарною бригадою (Langhorne, Denis, 1998). До її складу обов'язково повинні входити *лікар-невролог, медсестра*, яка одержала належну підготовку з питань реабілітації після інсульту, *фізіотерапевт, ерготерапевт*, фахівець з корекції порушень мовлення (*логопед*), *соціальний працівник і психолог*. Однак в нашій країні, в силу різних обставин, коло фахівців значно вужче. Тому до проведення реабілітаційних заходів часто широко залучаються члени сім'ї та родичі хворого [7].

Загальна мета реабілітації хворого після інсульту – зменшення кількості ускладнень, досягнення повного або часткового відновлення втрачених неврологічних функцій, максимальної здатності хворого вести нормальний спосіб життя та спілкування [2; 3; 7].

Розрізняють ранню та пізню реабілітацію. *Рання реабілітація* здійснюється в гострому періоді захворювання та протягом перших 3–6 міс після інсульту. *Пізнi реабілітаційні заходи* проводяться через 6 місяців після інсульту. Тривалість їх може досягати 2–3 роки і більше. Рання реабілітація проводиться одразу після розвитку інсульту. Вона передбачає заходи фармакологічної корекції порушень функцій дихальної, серцево-судинної систем, нормалізацію електролітного, кислотно-основного балансів та психоемоційного стану хворого та інші заходи медичної реабілітації хворого [3]. Проводяться також заходи, спрямовані на відновлення втраченої свідомості, запобігання ускладненням інсульту (пролежням, контрактурам, пневмонії). Обов'язковим обсягом реабілітаційних заходів у гострому періоді інсульту є: дихальні вправи, лікувальна гімнастика (пасивна і активна); рання мобілізація та сприяння активності щодо самообслуговування; відновлення мовних порушень; психоемоційна підтримка пацієнта, у разі необхідності застосування антидепресивних засобів (Лисенко, 2001) [7]. Більше детально про емоційний стан хворих після інсульту, зокрема, ішемічного, й піде мова далі.

Найбільш частими ознаками *ішемічного інсульту* є рухові порушення: парези верхніх і нижніх кінцівок, обличчя, язика, частіше

одностороннього характеру [2]. Виражені і когнітивні порушення: амнезія, афазія, апраксія, агнозія тощо. Поряд з частковим неврологічним дефіцитом у більшості пацієнтів, які перенесли ішемічний інсульт, спостерігаються депресивні порушення і, як наслідок, втрата звичного способу життя, інтересів, віри в одужання [6].

У *гострому періоді* хвороби емоційний стан пацієнтів вкрай нестійкий: апатія змінюється агресивністю, на зміну радості від зустрічі з родичами приходить роздратування [5]. У третини хворих, які пережили інсульт, (за даними І. Чарикова, М. Ахтямова, Л. Волкової) зустрічається депресія, яка відносно рідко діагностується [8]. Ознаки глибокого депресивного розладу спостерігаються у 10-32% хворих, легкий депресивний розлад майже у 40% [4].

Частота постінсультної депресії, проаналізована згаданими вченими за результатами 51 дослідження, проведеного протягом 25 років, починаючи з 1977 р [8]. У перші 30 днів з моменту розвитку інсульту депресія відзначена в середньому у 30% хворих, що проходили реабілітацію, у 33% пацієнтів, які перебували вдома, і у 36% – в лікарні. З 1-го по 6-й місяць після розвитку інсульту частота депресії була трохи вищою (36%) у пацієнтів, які отримували лікування в реабілітаційному центрі; через 6 міс. цей показник не відрізнявся у хворих різних груп. Патогенез постінсультної депресії до кінця неясний [6; 8]. В її виникненні, крім психологічних чинників, велике значення можуть мати локалізація ураження головного мозку, генетична схильність тощо. На сьогодні однією з провідних теорій розвитку постінсультної депресії (в перші 7-10 днів після розвитку інсульту) асоціювалося з наростанням інвалідизації (що оцінюється за індексом Бартел) [5]. При цьому швидкість і якість реабілітації пацієнтів, які перенесли інсульт, безпосередньо залежать від початку корекції постінсультної депресії [8].

Таким чином, для подібних пацієнтів характерні емоційно-вольові розлади у формі тяжкої депресії, при цьому їх вираженість безпосередньо залежить від ступеня неврологічного дефіциту. Постінсультна депресія асоційована з недостатньою реабілітацією та поганим результатом. У клінічній практиці, тільки у незначній кількості пацієнтів з депресією встановлюється діагноз і ще менша частина з них лікується. Депресія виявляється у 33% пацієнтів, але точної оцінки захворюваності депресіями у пацієнтів з інсультом не проводилося [1; 2]. Немає достатніх відомостей щодо рекомендацій психотерапії для лікування і профілактики постінсультної депресії, хоча ця терапія може поліпшувати настрій. Пацієнти з легкими депресивними симптомами повинні спостерігатися в режимі «настороженого очікування», медикаментозне лікування починається тільки в тому випадку якщо депресія продовжується, цих пацієнтів слід залучати в одне або декілька з наступних заходів: збільшення

соціальної активності, збільшення вправ, постановка цілей, інший психологічний вплив. Пацієнти з діагностованою депресією повинні отримувати антидепресанти, за відсутності протипоказань [3; 7].

Список використаних джерел:

1. Yi ZM, Liu F, Zhai SD. Fluoxetine for the prophylaxi sofpost-stroke depression in patients with stroke: a metaanalysis. *Int J ClinPract.* 2010; 64(9) :7–13.
2. Боголепная А Н. Критерии диагностики и прогноза ишемического инсульта (клинико нейрон психологическое обследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва; 2003. 22 с.
3. Вінчук С.М., Прокопів М.М. Гострий ішемічний інсульт. Київ. Наукова думка, 2006. 159с.
4. Вознесенская ТГ. Депрессия при цереброваскулярных заболеваниях. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2009; С. 9–13.
5. Парфенов В.А. Постинсультная депрессия: распространенность, патогенез, диагностика и лечение. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2012; С. 84–8.
6. Скворцова В.И., Губский Л. В., Стаховская Л. В. и др. Ишемический инсульт. *Неврология, национальное руководство* / под ред. Е.И. Гусева, А.И. Коновалова , В.И. Скворцовой. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. С. 592–615.
7. Сучасні принципи діагностики та лікування пацієнтів із гострим ішемічним інсультом та ТІА. Клінічні рекомендації, засновані на доказах : навчальний посібник / М.Є. Поліщук [та ін.]; за заг. ред. М.Є. Поліщука; Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П.Л. Шупика [та ін.]. Київ : Гуляєв Д.В., 2018. 201 с.
8. Чарикова И.А., Ахтямов Н.Н., Волкова Л.И. Эмоциональные нарушения у больных в остром периоде ишемического инсульта. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика,* Екатеринбург, 2013, С. 36–40.

О.А. Козлов

*бакалавр, 4-й рік навчання, спеціальність 053 «Психологія»
Університет імені Альфреда Нобеля, м. Дніпро*

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ СТРЕС У СТУДЕНТІВ: МЕТОДИ КОРЕКЦІЇ

Проблема экзаменаційного стресу є актуальною для практикуючих психологів. При цьому вони вказують на те, що іспит є психотравмуючим чинником, що ініціює механізм реактивної депресії, негативно впливає на нервову, серцево-судинну і імунну системи