

ванная депрессия и 8% – мальчиков наблюдается состояние легкой депрессии ситуативного (рисунок 3).

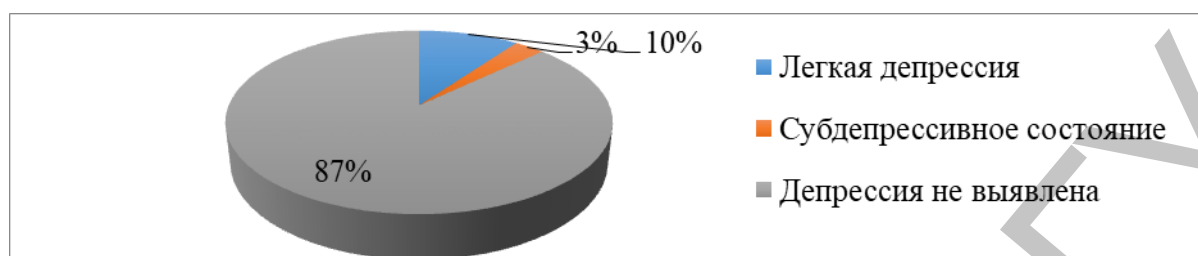


Рисунок 3 – Результаты выявления депрессивных состояний подростков

У 13 % респондентов выявлены депрессивные состояния. Депрессивное состояние у подростков – это психическое расстройство, основными признаками которого являются потеря интереса к жизни, отсутствие желания общаться со сверстниками, наличие неоправданного чувства вины, тотальный пессимизм и потеря веры в успешное будущее.

**Заключение.** Кризисные ситуации, возникающие в жизни подростков, охватывающих ряд областей: школа, родительский дом (семья), взаимоотношения со сверстниками, гендерные отношения, самооценка, отношение к будущему. Содержание кризисных ситуаций у подростков определяется возрастными особенностями восприятия и понимания кризисных ситуаций.

Таким образом, педагогам-психологам при работе с подростками, находящимися в кризисной ситуации, следует уделить внимание развитию социальных навыков, групповых структур и процессов, поддержанию благоприятного внутригруппового климата, развитию личностных ресурсов учащихся в области коммуникативных умений и навыков: формированию адекватной самооценки; умения управления своим внутренним состоянием; развитию умений снятия эмоционального напряжения и тревожности; освоению способов конструктивного поведения в конфликте и осознанию особенностей собственного поведения в конфликте; выработке навыков бесконфликтного поведения; расширению репертуара конструктивных содействий поведения учащихся в сложных жизненных ситуациях.

**Список использованной литературы:**

1. Малкина-Пых, И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / И.Г. Малкина-Пых. – Эксмо – М., 2008. – 928 с.
2. Калинина, Н.В. Некоторые аспекты изучения поведения подростков и молодежи в кризисных ситуациях / Н.В. Калинина, М.И. Лукьянова. – Психологическая наука и образование. – 2010. – №3. – С.10-15.
3. Михайлина, М.Ю. Психологическая помощь подростку в кризисных ситуациях / М.Ю. Михайлина, М.А. Павылова. – Наука. – Москва, 2016. – 228 с.

**Рудыка Т.Ю.** (Научный руководитель – Плискевич Е.С., канд. биол. наук, доцент)

Республика Беларусь, г. Витебск, ВГУ имени П.М. Машерова

### **ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИНЫ НА ПРОТЕКАНИЕ ПРОЦЕССА БЕРЕМЕННОСТИ**

**Введение.** Одним из факторов нездорового образа жизни, который может отрицательно сказаться на протекании беременности является психоэмоциональное состояние женщины. Функциональный и фазовый характер репродуктивной системы и эмоциональная атмосфера беременной создают ситуационный

физиологический стресс. Биологические, эмоциональные и функциональные модификации этого физиологического стресса могут легко трансформировать нормальную ситуацию в ситуацию патологического стресса, создавая условия психосоматического риска. Конфликты между супругами, родителями и детьми, отсутствие мужа, неудовлетворительные материально-бытовые условия являются психосоциальными стрессорами современного общества, увеличивающими риск возникновения акушерских осложнений. Имеется три типа реакций, вызываемых психосоциальными факторами: поведенческие, эмоциональные и физиологические. Такие эмоциональные реакции, как возбуждение, депрессия или страх, вызываемые психосоциальными стрессорами, ведут к различным психосоматическим расстройствам у беременной, к трудным родам [1, с. 642].

Многими исследователями подчеркивается неблагоприятное влияние эмоционального стресса матери на беременность и роды. Выделяются внутриутробная гипоксия, нарушения плацентарного кровоснабжения, аномалии родовой активности и течения родов. Поскольку эндокринная система начинает формироваться очень рано, ребенок на гормональном уровне переживает все состояния матери.

Согласно работам С.И. Ведищева, А.И. Жирнякова, А.А. Иванова установлено, что характерным проявлением патологии беременных с хроническим психоэмоциональным стрессом является токсикоз первой половины беременности. На этом фоне формируется хроническая плацентарная недостаточность в III триместре беременности [2, с. 289].

Беременность у женщин с маркерами психоэмоционального стресса в 80% случаев заканчивается срочными родами, в 17% – преждевременными родами, в 11% – выкидышами, что свидетельствует о нарушении формирования родовой доминанты. Это доказывает, что психологический стресс несет с собой целый комплекс перинатальных проблем, требующих серьезного внимания к психологической сфере беременных женщин [3, с. 22].

Цель: выявить особенности психоэмоционального состояния у женщин в первом и третьем триместре на примере беременных ГУ «Территориальный центр социального обслуживания населения Лепельского района»

**Материал и методы.** Исследование влияния психоэмоционального состояния женщины на протекание процесса беременности, на самочувствие беременных и течение беременности проводилось на базе ГУ «Территориальный центр социального обслуживания населения Лепельского района». Всего в исследовании приняли участие 20 беременных женщин в возрасте от 22 до 36 лет на сроке беременности от 10 до 34 недель. Средний возраст испытуемых – 27 лет. Испытуемые были разделены на 2 группы: 1-я группа: женщины, находящиеся на первом триместре беременности (45% – 22 испытуемых); 2-я группа: женщины, находящиеся на третьем триместре беременности (55% – 28 испытуемых). В ходе эмпирического исследования мною применялись следующие методики: тест тревожности Спилберга-Ханина (цель: самооценка уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность, как состояние), тест отношений беременной (ТОБ), разработанный И.В. Добряковым (цель: методика позволяет выделить пять типов психологических компонентов гестационной доминанты (относящейся к беременности или обусловленной ею) (ПКГД): оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный, депрессивный).

**Результаты и их обсуждение.** В результате проведенного исследования был установлен уровень личностной тревожности беременных женщин по тесту

Спилбергера-Ханина, согласно которому в первой группе беременных женщин высокий уровень личностной тревожности наблюдается у 14% испытуемых (3 женщины), средний – у 55% испытуемых (12 женщин), низкий – у 31% испытуемых (7 женщин). Во второй группе отмечено большее число наблюдаемых беременных женщин с высоким уровнем личностной тревожности у 19% испытуемых (5 женщин), средний – у 46% беременных (13 женщин), низкий – у 35% испытуемых (10 женщин) (рисунок 1):

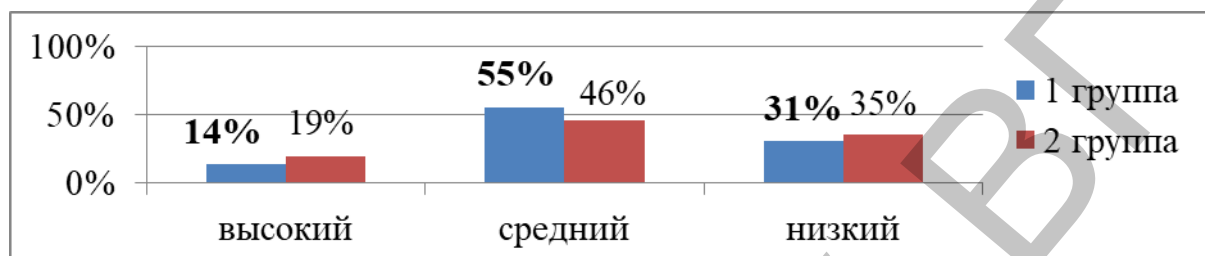


Рисунок 1 – Уровень личностной тревожности у беременных женщин по тесту Спилбергера-Ханина

Согласно полученным в ходе наблюдения данным об особенности ситуативной тревожности у беременных на разных сроках выявлено, что в первой группе беременных высокий уровень ситуативной (реактивной) тревожности наблюдается у 18% испытуемых (4 женщины), средний – у 68% испытуемых (15 женщин), низкий – у 14% испытуемых (3 женщин). Для беременных женщин второй группы отмечен высокий уровень ситуативной тревожности у 21% испытуемых (6 женщин), средний – у 64% беременных (18 женщин), низкий – у 14% испытуемых (4 женщины) (рисунок 2).

Отсюда мы можем сделать вывод, что уровень ситуативной тревожности у беременных несколько выше, чем уровень личностной тревожности.

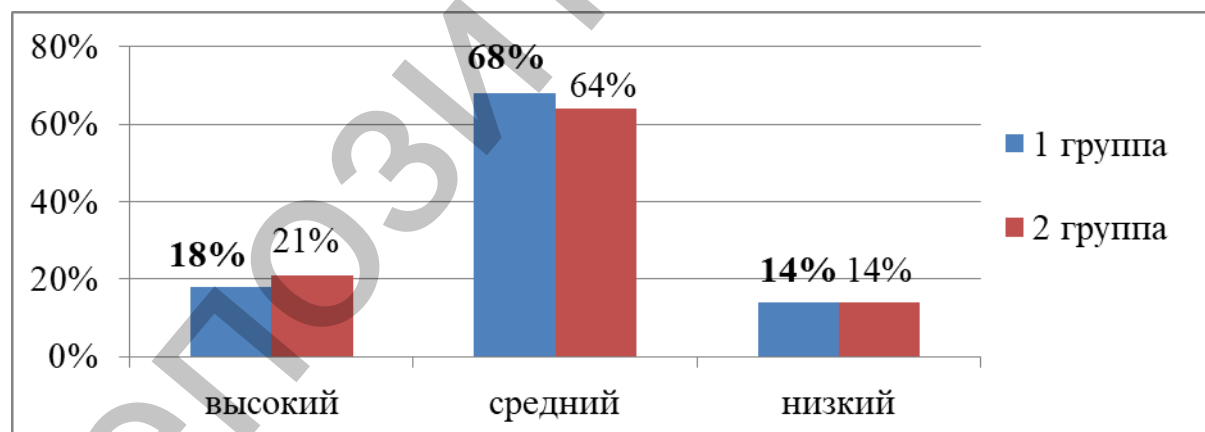


Рисунок 2 – Уровень ситуативной тревожности у беременных женщин по тесту Спилбергера-Ханина

Наблюдаемые женщины обеих групп переживают умеренное чувство тревожности. Так, в первом триместре женщины тревожатся за общее течение беременности и развитие плода. В третьем триместре тревогу и страх могут вызывать предстоящие роды и их исход.

В результате применения теста отношений беременной (ТОБ), разработанный И.В. Добряковым было установлено, что оптимальный тип ПКГД

(психологических компонентов гестационной доминанты) отмечался у 15% испытуемых первой группы (3 человека) и 20% 2 группы (5 человек) (рисунок 3).

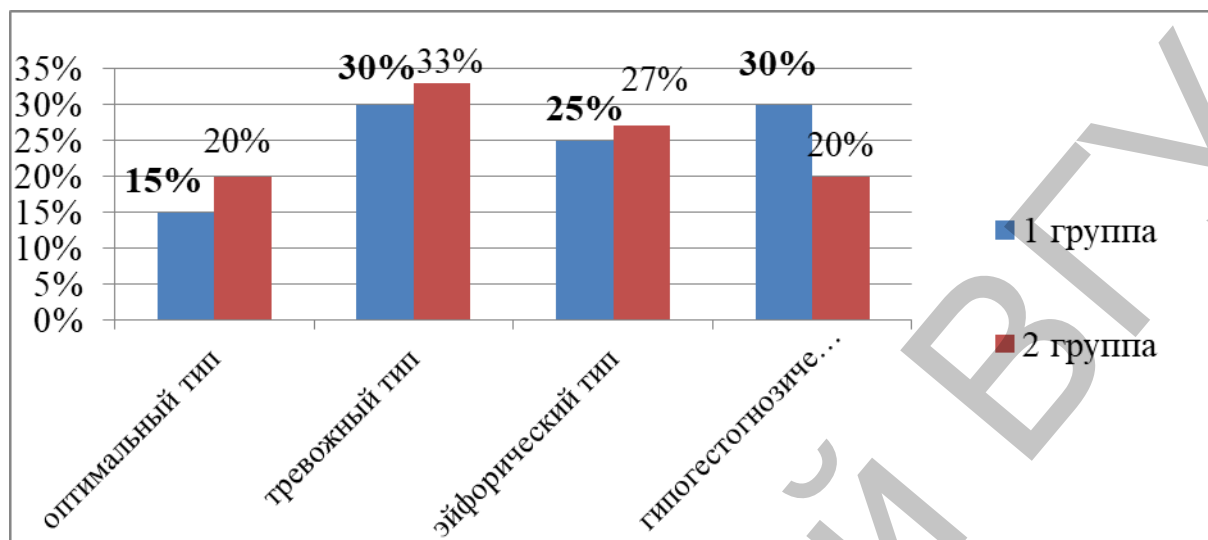


Рисунок 3 – Отношение беременных женщин к своей беременности

Остальные женщины вошли в так называемую «группу риска» по отношению к своей беременности:

– в группу минимального риска вошли женщины, имеющие эйфорический тип психологических компонентов гестационной доминанты. Данный тип ПКГД имеют 25% испытуемых первой группы (5 человек) и 27% испытуемых второй группы (8 человек);

– в группу умеренного риска вошли женщины, имеющие тревожный тип психологических компонентов гестационной доминанты. Данный тип ПКГД имеют 30% испытуемых первой группы (7 человек) и 33% испытуемых второй группы (10 человек);

– в группу высокого риска вошли женщины, имеющие гипогестогнозический тип психологических компонентов гестационной доминанты. Данный тип ПКГД имеют 30% испытуемых первой группы (7 человек) и 20% испытуемых второй группы (5 человек).

– с депрессивным типом психологических компонентов гестационной доминанты испытуемых не было выявлено.

Результаты, полученные с помощью теста отношений беременной (ТОБ), разработанный И.В. Добряковым показали, что оптимальный тип ПКГД (психологических компонентов гестационной доминанты) отмечался у 15% испытуемых первой группы (3 человека) и 20% 2 группы (5 человек). Большая же часть испытуемых имеет тот или иной неблагоприятный тип отношения к своей беременности.

**Заключение.** Стресс влияет на репродуктивную систему, поэтому при сильных и продолжительных воздействиях стресса половая функция снижается или вовсе приостанавливается. Длительность стресса приводит к ановуляции, усугублению синдрома предменструального напряжения, тяжелому течению климактерического периода, невынашиванию беременности и бесплодию. Помимо перечисленного длительный стресс у матери приводит к нарушению внутриутробного развития плода, рождению ребёнка с низкой массой тела, к патологиям органов и систем.

В результате проведенного исследования было установлено, что все испытуемые переживают умеренное чувство тревожности. Так, в первом триместре

женщины тревожатся за течение беременности, развитие плода. В третьем триместре тревогу и страх могут вызывать предстоящие роды, их последствия и исход. Также большая часть испытуемых имеет тот или иной неблагоприятный тип отношения к своей беременности. Все это может негативно повлиять как на здоровье самой беременной женщины, так и на ее будущего ребёнка.

**Список использованной литературы:**

1. Вальман, Л.К. Тератогенные факторы и беременность / Л.К. Вальман, Е.Г. Мельник // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 11-4. – С. 642–644.
2. Ведищев, С.И. Аспекты репродуктивного здоровья женщин / С.И. Ведищев, А.И. Жирняков, А.А. Иванова // Вестник российских университетов. Математика. – 2013. – Том 18. – № 6 (12). – С. 289–291.
3. Гопурова, Г.Ф. Особенности психоэмоциональных изменений у женщин в период беременности / Г.Ф. Гопурова // Медицина и здравоохранение: материалы II Междунар. науч. конф. (г. Уфа, май 2014 г.). – 2014. – С. 21–25.

**Рыдкин М.В.** (Научный руководитель – Косаревская Т.Е., канд. психол. наук, доцент)  
Республика Беларусь, г. Витебск, ВГУ имени П.М. Машерова

## **ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ КРЕАТИВНОСТИ У ПОДРОСТКОВ**

**Введение.** Креативность представляет собой совокупность способностей, содействующих успешному творческому мышлению. Интерес к вопросам диагностики и формированию креативности в последнее время возрос в связи с требованиями к специалистам в различных сферах деятельности. Специалист не только должен обладать необходимыми знаниями и умениями, но и уметь находить новые нестандартные решения задач, возникающих в профессиональной деятельности.

В научной литературе отсутствуют однозначные сведения о связи креативности и гендерных различий. Различия креативности у мужчин и женщин были выявлены в сфере коммуникации – девушки более коммуникабельны и зачастую проявляют большую креативность в общении, чем мужчины [1]. Н.В. Гаврюшкина выявила, что у мальчиков и девочек 9–12 лет невербальная креативность одинакова, а вербальная креативность выше у девочек и за счет нее у них же выше и общая креативность. При этом О.М. Разумникова выявила достоверные половые различия (в пользу мужчин) по оригинальности и количеству изображений в тесте «Круги» и оригинальности в ассоциативном тесте [1; 3].

Цель исследования – выявить гендерные различия развития креативности у подростков

**Материал и методы.** Исследование проведено на базе ГУО «Средняя школа №5 г. Гомеля». В нем приняли участие 21 ученик 9 класса (10 девочек и 11 мальчиков). Используются следующие диагностические методики: методика «Гибкость мышления» А.С. Лачинса; методика «Опросник креативности» Д. Джонсона (в модификации Е.Е. Туник) для описания характеристик творческого мышления и поведения [2]. Для оценки различий между девочками и мальчиками, был применен U-критерий Манна-Уитни.

**Результаты и их обсуждение.** Анализ результатов по методике «Гибкость мышления» позволил установить, что большинство испытуемых (62%) обладает пластичным мышлением, легко и быстро переходит от одной деятельности к другой, оперативно реагирует на изменение ситуации, принимает адекватные решения. У остальных испытуемых, а именно у 14% девочек и 24% мальчиков, низкий коэффициент креативной гибкости, что свидетельствует о трудностях переключо-