

Министерство образования и науки Российской Федерации
Челябинский государственный университет
Институт Психологии и Педагогики

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ СОВРЕМЕННОГО ЧЕЛОВЕКА В АСПЕКТЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

*Материалы
Всероссийской научно-практической конференции
6-7 октября*



г. Челябинск, 2011г.

Министерство образования и науки Российской Федерации
Челябинский государственный университет
Институт Психологии и Педагогики

**ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ
СОВРЕМЕННОГО ЧЕЛОВЕКА В АСПЕКТЕ
КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ**

**Материалы Всероссийской научно-практической конференции
6-7 октября 2011 г.**

Челябинск

2011

УДК 159.92(063)

ББК 88.4я43

ISBN 978-5-904593-20-9

Психологическое развитие современного человека в аспекте клинической психологии: Материалы Всероссийской научно-практической конференции / Под общей редакцией д.м.н., проф. О.С. Колосовой / Челябинск: Изд-во «Сити-Принт», 2011. – 320 с.

В сборнике представлены материалы, в которых рассматривается широкий круг вопросов, связанных с клинической и медицинской психологией. Обсуждаются общие методологические вопросы клинической психологии; предлагается решение частных вопросов клинической психологии в учреждениях образования и здравоохранения; значительное внимание уделяется проблемам специальной психологии; анализируются психолого-педагогические аспекты подготовки клинических психологов в вузе.

Редакционная коллегия: доктор медицинских наук, проф. О.С. Колосова (отв. редактор), доктор психологических наук, проф. С.Л. Соловьева, кандидат психологических наук, доцент В.Г. Рагозинская.

Материалы конференции печатаются в авторской редакции, за содержание опубликованных статей редакционная коллегия ответственности не несет.

© ЧелГУ, редакционная подготовка, 2011

ОГЛАВЛЕНИЕ

ОГЛАВЛЕНИЕ	1
ПРЕДИСЛОВИЕ.	11
РАЗДЕЛ I. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ	11
<i>Александров Д.В.</i> ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ В СТРУКТУРЕ ЛИЧНОСТИ ВРАЧА И УЧИТЕЛЯ: СООТНОШЕНИЯ С УРОВНЕМ ЗДОРОВЬЯ	11
<i>Атаманов А.А., Ефименко Т.С., Чернецова М.О., Соболева Е.В., Коршунова М.Е.</i> ГЛАВНЫЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ВЫСШЕГО УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ, ВЕДУЩЕГО ПОДГОТОВКУ СПЕЦИАЛИСТОВ В СФЕРЕ ПОМОГАЮЩИХ ПРОФЕССИЙ.....	13
<i>Болбат А.А.</i> ВЗАИМОСВЯЗЬ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ И ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН	19
<i>Бородина Н.А.</i> ФОРМИРОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ УСТОЙЧИВОСТИ УЧАЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ ШКОЛЫ	30
<i>Дмитриева В.А., Одинцова В.В.</i> ОНТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ПСИХОСОМАТИКЕ: ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ..	41
<i>Колосова О.С.</i> ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ СМЫСЛОЖИЗНЕННЫХ ОРИЕНТАЦИЙ ...	43
<i>Колосова О.С.</i> ДИАГНОСТИКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ С ПОЗИЦИИ ТЕОРИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СИСТЕМ	48
<i>Ковязина М.С., Кузнецова Д.А.</i> ФЕНОМЕН ФИКСИРОВАННОЙ УСТАНОВКИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ МЕЖПОЛУШАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ.....	59
<i>Куба Е.А.</i> ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАЩИТЫ ЛЮДЕЙ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА С ПСИХОТРАВМИРУЮЩИМ ОПЫТОМ В АНАМНЕЗЕ	61
<i>Лазарева Е.Ю.</i> ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ АДАПТИВНОСТИ ЛИЧНОСТИ ПРИ СОМАТИЧЕСКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ	67
<i>Леонова В.М., Харланова Л.В., Арина Г.А.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЛЕСНОГО ОПЫТА ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ У ДЕВУШЕК С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	72
<i>Максимов Р.С., Козлова О.В.</i> ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА	74

<i>Малинина Е.В.</i>	
ПОСЛЕДИПЛОМНАЯ ПОДГОТОВКА ПО ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ ДЛЯ СМЕЖНЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ	76
<i>Одеришева Е.Б.</i>	
ПРОФИЛАКТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНО-НЕГАТИВНЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ В ВУЗЕ.....	78
<i>Рагозинская В.Г.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ И ИХ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И МИКРОСОЦИАЛЬНЫЕ КОРРЕЛЯТЫ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	82
<i>Рагозинская В.Г.</i>	
ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ АКТУАЛЬНОГО ЭМОЦИОНАЛЬНО-НЕГАТИВНОГО СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	95
<i>Соловьева С.Л.</i>	
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ	107
<i>Уварова О.Н.</i>	
ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ЖИЗНЕННЫХ СМЫСЛОВ У ЛИЦ С РАЗНЫМИ ТИПАМИ ПРИВЯЗАННОСТИ.....	118
<i>Чернышова Л.А.</i>	
ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНО ВАЖНЫХ КАЧЕСТВ МЕДИЦИНСКИХ ПСИХОЛОГОВ В ПРОЦЕССЕ СУПЕРВИЗИИ	123
<i>Чупрова О.В.</i>	
ТИПЫ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ И ОСОБЕННОСТИ ДИСГАРМОНИЧНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ ЛИЦ, БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ.....	129
<i>Шонина Е.А., Лопин К.В., Антохин Е.Ю.</i>	
КЛУБНАЯ РАБОТА С ДУШЕВНОБОЛЬНЫМИ – НОВАЯ ФОРМА ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ	134
РАЗДЕЛ II. НОРМАЛЬНОЕ И АНОМАЛЬНОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ	139
<i>Антропова Н.В.</i>	
РАННЕЕ ПРИОБЩЕНИЕ НЕЗРЯЧИХ ДЕТЕЙ К КНИГЕ КАК ВАЖНЫЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	139
<i>Гехт И.А.</i>	
ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ-СИРОТАМИ И ДЕТЬМИ, ОСТАВШИМИСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ, ИМЕЮЩИЕ ПСИХИЧЕСКОЕ НЕДОРАЗВИТИЕ.....	145
<i>Гольдфарб О.С.</i>	
КОМПЬЮТЕРНАЯ ИГРОВАЯ АДДИКЦИЯ И АГРЕССИВНОСТЬ ПОДРОСТКОВ.....	149
<i>Забозлаева И.В., Малинина Е.В.</i>	
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОДАРЕННЫХ ДЕТЕЙ.....	157
<i>Землянкина Е.Д.</i>	

ВНУТРЕННЯЯ МАТЕРИНСКАЯ ПОЗИЦИЯ И РОДИТЕЛЬСКОЕ ОТНОШЕНИЕ ЖЕНЩИН, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ	158
<i>Зотова Е.Г.</i>	
СВЯЗЬ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ И ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	166
<i>Исламова Л.А., Конева О.Б.</i>	
КОНСУЛЬТАТИВНАЯ РАБОТА ПСИХОЛОГА С СЕМЬЯМИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ	171
<i>Ихсанова С.В.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ СОЦИОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И КОМУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ У СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ С АУТИЗМОМ	177
<i>Кондакова О.Н.</i>	
ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ ОТ 1 ГОДА ДО 3 ЛЕТ	184
<i>Крамаренко И.А.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ОПОСРЕДОВАННОГО ЗАПОМИНАНИЯ У ДЕТЕЙ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ДИЗОНТОГЕНЕТИЧЕСКОГО КРУГА	188
<i>Куба Е.А.</i>	
ПРОБЛЕМЫ СЕМЬИ В АСПЕКТЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ	194
<i>Кулькова Ж.Г.</i>	
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ РЕБЕНКУ СОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ	198
<i>Мазур Е.Ю.</i>	
АКТУАЛЬНОСТЬ ПРЕПОДАВАНИЯ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «СОЦИАЛЬНАЯ И ПРАВОВАЯ ЗАЩИТА ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ» НА ФАКУЛЬТЕТЕ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПЕДАГОГИКИ	200
<i>Малкова Т.П.</i>	
КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ АДАПТАЦИИ ЛИЧНОСТИ ПРИ ГЛУБОКИХ НАРУШЕНИЯХ ЗРЕНИЯ.....	209
<i>Митченкова Е.С.</i>	
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОЙ ОДАРЕННОСТИ	214
<i>Палкетова Л.В.</i>	
ОСОБЕННОСТИ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ОВЗ И КЛЮЧЕВЫЕ МОМЕНТЫ ФОРМИРОВАНИЯ РЕЧИ	216
<i>Рой С.Н.</i>	
ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ДЕФЕКТОЛОГА С ДЕТЬМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ И ИХ РОДИТЕЛЯМИ.....	221
<i>Рычкова Л.С.</i>	
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТИПОЛОГИИ ШКОЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ДЕТЕЙ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	227

Рычкова Л.С., Смирнова Т.А., Силина И.Ю.

КОНЦЕПЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕЗАДАПТАЦИОННЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ
С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫМИ ЗАТРУДНЕНИЯМИ 234

Теплякова Е.Р.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ С СЕМЬЕЙ,
ИМЕЮЩЕЙ РЕБЕНКА С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА 239

Чиркова И.А.

ОСОБЕННОСТИ НАВЫКОВ НЕВЕРБАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ МЛАДШИХ
ШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ И ИХ ПСИХОКОРРЕКЦИЯ 249

**РАЗДЕЛ III. КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ:
ПСИХОТЕРАПИЯ, ПСИХОКОРРЕКЦИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ
КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ 256**

Абросимова Е.А.

ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ . 256

Бурыкина М.Ю.

ПСИХОТЕРАПИЯ ОТНОШЕНИЯ МАТЕРИ К ФОРМИРОВАНИЮ И РАЗВИТИЮ
ЛИЧНОСТНЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ РЕБЕНКА-ДОШКОЛЬНИКА:
ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД 265

Гольдфарб О.С.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ МЕТАПРОГРАММ УЧАЩИХСЯ ВУЗов 277

Драчева Э.Р., Селиванова Е.А.

АРТТЕРАПИЯ В КОРРЕКЦИИ СТРАХОВ У ОДАРЕННЫХ ДЕТЕЙ 283

Карпенко М.А., Колосова О.С.

ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ РАННЕЙ ДЕТСКОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ И
ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРИВЯЗАННОСТИ В РАМКАХ ПРОВЕДЕНИЯ СЕССИЙ
ПЕСОЧНОЙ ЮНГИАНСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ 292

Киреева Т.И., Курбатова Е.Г., Терехина Д.Л.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КОМПЛАЕНТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С
ХРОНИЧЕСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ 297

Мамлеева Е.А.

ПСИХОКОРРЕКЦИЯ КОММУНИКАТИВНЫХ И ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВЫХ
НАРУШЕНИЙ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЕМ ОПОРНО-
ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА 305

Попов А.Н., Склизков А.А.

ИЗМЕНЕНИЯ В ПОВЕДЕНИИ ДЕТЕЙ 5-11 ЛЕТ С ИМПУЛЬСИВНЫМИ И
ОППОЗИЦИОННЫМИ ПРОБЛЕМАМИ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ТРЕНИНГА
РОДИТЕЛЬСКОЙ КОМПЕТЕНЦИИ 310

Рычкова О.В.

СОЦИАЛЬНОЕ ПОЗНАНИЕ И ШИЗОФРЕНИЯ 317

Сучилина Д.Н.

РОЛЬ СОЗДАНИЯ ОБРАЗА ТЕЛЕСНЫХ ОЩУЩЕНИЙ В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ
РАБОТЕ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ 319

ПРЕДИСЛОВИЕ

Социально-экономическая ситуация последних лет привела к ломке общественного сознания и смене жизненных ориентиров миллионов людей. Развивающиеся вследствие этого массовые проявления состояний психоэмоционального перенапряжения и психической дезадаптации по существу явились коллективной травмой, естественной экспериментальной моделью социально-стрессовых расстройств (Ю.А. Александровский, 1995). Развитие этих расстройств определено, прежде всего, особенностями современной жизни крупных городов, чрезмерной эмоционально-психической нагрузкой на человека, экологическими катастрофами. Социально-стрессовые расстройства отличает массовый характер, общность социально обусловленных причин и динамики клинических проявлений, среди которых преобладают неспецифические субдепрессивные, астенические и вегетативные расстройства, а в последующем – социально формируемые расстройства личности и поведения.

Особой группой риска развития социально стрессовых расстройств являются жители регионов, переживших стихийные бедствия, экологические и техногенные катастрофы. В структуре заболеваемости детского населения наибольшая доля (до 40%) принадлежит пограничным психическим нарушениям. При этом с каждым годом увеличивается процент детей, имеющих задержку психомоторного развития, что давно привлекает к себе внимание большой армии социальных работников, педагогов, врачей и психологов и обуславливает необходимость более масштабной психологической поддержки населения.

В последние десятилетия интенсивно развивается новое направления психологии – клиническая психология, которая объединяет вокруг себя специалистов различных направлений. Клиническая психология – это психологическая специальность широкого профиля, имеет межотраслевой характер и участвует в решении комплекса задач в системе здравоохранения, народного образования и социальной помощи населению. Практическая и научно-исследовательская деятельность специалиста по клинической психологии на-

правлена на повышение психических ресурсов и адаптационных возможностей человека, на гармонизацию его психического развития, охрану здоровья, профилактику, а также на преодоление различных заболеваний и психологическую реабилитацию населения. Особую актуальность проблемы развития современного человека в аспекте клинической психологии приобретают в связи с внедрением общенациональной программы по оздоровлению и увеличению продолжительности жизни населения.

Итогом научного и практического интереса к проблемам нарушения психологического развития современного человека является конференция «Психологическое развитие современного человека в аспекте клинической психологии». К открытию Конференции Оргкомитет выпустил данный сборник. В него вошли статьи, присланные из разных регионов России: Москва, Санкт-Петербург, Армавир, Белгород, Брянск, Волгоград, Оренбург, Самара, Хабаровск, Чебоксары, Челябинск. Такая обширная география, присланных на конференцию материалов подчеркивает актуальность заявленной проблемы. Опубликованные работы охватывают несколько направлений, в которых структурирован данный сборник. В первом разделе представлены материалы, затрагивающие актуальные проблемы медицинской и клинической психологии. Второй раздел посвящен исследованиям проблем нормального и аномального психического развития. В третий раздел включены сообщения, посвященные проблемам психологического вмешательства в клинической психологии.

Редакционный совет благодарит всех специалистов, предоставивших материалы для публикации, и надеется, что сборник будет интересен для широкого круга специалистов, интересующихся проблемами развития личности в аспекте клинической психологии.

О.С. Колосова
Доктор медицинских наук, профессор,
Челябинский государственный университет

РАЗДЕЛ I.
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ И
КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Д.В. Александров
ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ
В СТРУКТУРЕ ЛИЧНОСТИ ВРАЧА И УЧИТЕЛЯ:
СООТНОШЕНИЯ С УРОВНЕМ ЗДОРОВЬЯ

Чувашский государственный университет
г. Чебоксары, Чувашская Республика

В данной работе представлены результаты сравнительного исследования взаимосвязи уровня здоровья врача и учителя с их способностью к предвосхищению предстоящих событий (прогностической компетентностью). Указанные особенности личности, свидетельствующие о высоком риске развития невротических расстройств, изучались при помощи теста антиципационной состоятельности В.Д. Менделевича.

При сравнении результатов исследования испытуемых с нормой видно, что большинство испытуемых характеризуется как лица, обладающие прогностической компетентностью. Сравнение результатов исследования данной методикой испытуемых 145 учителей и врачей показало, что их средние значения достоверно не различаются, за исключением более высокого уровня общей антиципационной состоятельности врачей. Изучение структуры антиципационной несостоятельности показало, что среди учителей достоверно больше распространена личностно ситуативная и пространственная несостоятельность.

Достоверное снижение личностно-ситуативной состоятельности наблюдается при низком уровне здоровья и пространственной – при среднем уровне здоровья. В группе учителей эти различия также касаются показателей личностно-ситуативной и пространственной состоятельности. Пространственная состоятельность здесь также минимальна при среднем уровне здоровья, личностно-ситуативная состоятельность минимальна при высоком уровне здоровья. В группе врачей различия между группами испытуемых также достоверно связа-

ны с показателями личностно-ситуативной и пространственной состоятельности. Здесь низкий уровень здоровья однозначно соответствует минимальному уровню личностно-ситуативной и пространственной состоятельности.

При более глубоком изучении специфики антиципационной состоятельности среди испытуемых с низким уровнем здоровья определяются достоверные различия между группами испытуемых по временной состоятельности. Это свидетельствует, о наличии у учителей с невысоким уровнем самочувствия хроноритмологической антиципационной несостоятельности и возможности дезадаптации по данному направлению.

Данная методика также позволяет выделить среди испытуемых лиц, имеющих риск непродуктивного копинга и низкой устойчивости к стрессовым событиям, и определить их долю в общем числе испытуемых. Так, среди врачей с низким уровнем здоровья доля испытуемых, имеющих личностно-ситуативную несостоятельность, достоверно выше, чем у учителей и достигает 96% от всех испытуемых. По остальным шкалам различий не наблюдается.

Таким образом, учителя обладают меньшей моторной ловкостью, чем врачи. Они в меньшей степени способны предвосхищать движение предметов в пространстве, упреждать их, координировать собственные движения. Учителя также обладают меньшей личностно-ситуативной состоятельностью, что указывает на высокий риск формирования невротических расстройств. С другой стороны, показатели врачей по временной несостоятельности несколько выше, чем у учителей, что показывает, что врачи хуже контролируют и прогнозируют время, неточно распределяют его. Недостаточность прогностической компетентности учителей связана с низким уровнем здоровья, врачей – со средним и высоким уровнями здоровья. Данные особенности, с одной стороны, способствуют большей адаптации к специфике профессиональной деятельности учителей и врачей, с другой, повышают их уязвимость к стрессовым воздействиям, которыми наполнена их повседневная жизнь и работа.

*А.А. Атаманов, Т.С. Ефименко, М.О. Чернецова, Е.В. Соболева,
М.Е. Коршунова*

**ГЛАВНЫЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО
ПРОЦЕССА ВЫСШЕГО УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ, ВЕДУЩЕГО
ПОДГОТОВКУ СПЕЦИАЛИСТОВ В СФЕРЕ ПОМОГАЮЩИХ
ПРОФЕССИЙ**

Челябинская государственная медицинская академия
г. Челябинск

В современных условиях профессиональное становление молодых людей, выбравших традиционные помогающие профессии, такие как педагог, врач, социальный работник, происходит в условиях постоянного контаминативного давления системы ценностей общества потребления. Нет сомнения, что наиболее целостное и устойчивое профессиональное мировоззрение формируется у молодого специалиста, осознававшего экономическую нерентабельность выбора своего жизненного пути уже в момент поступления в высшее учебное заведение. В большинстве своем это прекрасно воспитанные и образованные молодые интеллектуалы, не только получившие в семье и школе необходимый нравственный багаж и опыт человеческого достоинства, но и устойчиво проявляющие трудолюбие и интерес к профессии. К ним тянутся одноклассники, имеющие хороший потенциал в выбранной специальности, но не полностью осознающие мотивы своего профессионального выбора. Правильно сформированный вектор развития обеспечивает подготовку специалистов, не испытывающих затруднений в многолетнем служении выбранному делу. Образ спокойно и ровно горящей свечи, поэтизированный средневековым врачом Николаусом Тульпом, имеет в помогающих профессиях непреходящее значение. Синдром профессионального выгорания трудолюбивому специалисту не известен.

Напротив, потребительская доминанта в системе ценностей, слепое следование недоступным жизненным ориентирам рантье, быстро приводит студента к разочарованию в безмотивно выбранной помогающей специальности. Прекрасные годы юности проходят в эмоционально выхолащенной и безвольной «работе на диплом». Создавая атмосферу лени и равнодушия на занятиях, открыто заявляя, что не будет работать по специальности, «потребитель» уво-

дит из профессии колеблющихся. В силу возрастной слабости предвидения, некоторые студенты меняют жизненный путь, не предполагая, что профессиональное самосознание порой формируется десятилетиями, и тем самым навсегда отнимают у себя счастье профессиональной состоятельности.

Формирование образовательного процесса высшего учебного заведения помогающей направленности невозможно без оси нравственного императива, отчетливо противостоящего духу всеобщей коммерциализации. Так, Челябинский педагогический университет регулярно проводит конференции, посвященные вопросам этики и традиционной культуры с участием Русской Православной Церкви. Академия культуры проводит чтения, посвященные Дню славянской письменности и культуры. Медицинская академия организует традиционные студенческие конференции с участием Общества православных врачей России.

Занятия Общества посвящены основным вопросам православной догматики, этическим вопросам врачебной деятельности с позиций Русской Православной Церкви, медико-социальным проблемам современной России. Основные доклады на конференции 2010 года, названной «Этические аспекты профессии врача» сделали студенты и врачи-интерны медицинской академии, являющиеся активными участниками Общества православных врачей. В рамках одного из докладов было проведено анкетирование студентов младших курсов о цели врачебной профессии. Был раскрыт спектр мнений от «помощи людям» через «возможность вылечить близких» до «возможности много зарабатывать в платной медицине». К чести студентов, альтруистические мотивы составили более 80 % мнений. В том же докладе был проведен опрос прохожих – какими качествами должен обладать врач. Общество по-прежнему ждет от врача высокого профессионализма и отзывчивости. И, несмотря на обилие коммерческих медицинских центров с высококласными специалистами, люди продолжают говорить: «мне удалось найти хорошего врача, который смог мне помочь».

И несколько слов о студентах-докладчиках. Нет ничего удивительного в том, что эти ребята в большинстве своем отличники учебы, победители профильных олимпиад, активные участники студенческого научного общества. Студенты, которые все успевают, но никуда не торопятся; живут интересной

жизнью, но никогда не жалуется на безденежье; много трудятся, но не знают усталости. Но как ни велико значение этических принципов, профессионализм невозможен без качественных специальных знаний, навыков и умений. Важной осью в формировании образовательного процесса стала система менеджмента качества, обеспечивающая удовлетворенность потребителей образовательных услуг в лице самих студентов с одной стороны, и их будущих работодателей с другой. В педагогическом процессе появилась многосторонняя обратная связь. Конечно, для встречи заинтересованного в предмете студента и любящего свой предмет педагога по-прежнему достаточно мела и доски. Конечно, с появлением высоких технологий процесс передачи знаний от преподавателя студенту-потребителю свелся к перекачке файла презентации с компьютера на компьютер. Однако для значительной части студентов вовлеченность в мультимедийное пространство дала возможность стать ближе к выбранной специальности, осознать живой дух помогающей профессии, ее востребованность, современность, и вневременную высокую значимость.

Психологическое сопровождение системы менеджмента качества в медицинской академии включает в себя оценку студентами качества занятий преподавателей, анкетирование работодателей по поводу качества знаний студентов, а также изучение учебной мотивации и уровня оптимизма и жизнерадостности у студентов. Опыт проведения оценки качества занятий выявил ежегодную закономерность: хорошие студенты ставят преподавателям хорошие оценки, и наоборот. Характер мотивации обучения – освоение профессии врача или получение врачебного диплома – также стал более прозрачным и очевидным.

В связи с переходом к образовательному стандарту третьего поколения, в медицинской академии начата исследовательская работа по оценке студентами формирования в процессе обучения собственных профессиональных компетенций.

Одним из важных аспектов удовлетворенности потребителей является использование здоровьесберегающих образовательных технологий. Ниже приводится недавно завершённое исследование устойчивости к стрессовым воздействиям как показателя уровня адаптации у студентов младших курсов медицинской академии. Известно, что высокий уровень стресса и низкая стрессо-

устойчивость снижают способность студентов к получению знаний. Вместе с тем, они приводят к формированию пограничных психических расстройств и соматических заболеваний.

Использовались методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса-Раге и методика определения стрессочувствительности и учебного стресса Ю.В. Щербатых. Если стрессоустойчивость является показателем объективным, то стрессочувствительность – показатель более условный и субъективный. Индивидуальная стрессочувствительность указывает на возможность развития стрессовой реакции, готовность к ней.

Было обследовано 106 студентов 2 курса лечебного и педиатрического факультетов в возрасте 19-21 года, из них 94 девушки и 12 юношей.

Низкая стрессоустойчивость была обнаружена у 21,6 % студентов. Пограничный уровень – у 27,3%. Остальные 51,1% обследованных показали высокую степень сопротивляемости стрессу.

Особенностью обучения на младших курсах медицинской академии является большой объем информационно насыщенных и сложных предметов. В этот период формируется определенная психофизиологическая стойкость, всегда необходимая в профессии врача. И тот факт, что половина вчерашних школьников в условиях высокой учебной нагрузки стрессоустойчивы, и только пятая часть находится в группе риска, выглядит весьма обнадеживающим. Вместе с тем, с группой риска был проведен краткосрочный тренинг по повышению стрессоустойчивости, в рамках которого были отработаны основные навыки здорового образа жизни: режим труда и отдыха, режим питания, адаптация к сезонным климатическим изменениям, стили бесконфликтного общения, способность к реализму в оценке индивидуально трудной ситуации. Всем студентам из группы риска была назначена витаминпрофилактика, в отдельных случаях – пробиотики (глицин) в адекватных дозировках.

Общая чувствительность к стрессу определялась динамически, как разница между базовым и итоговым показателями. Высокие показатели базовой стрессочувствительности были выявлены у 48,1% студентов, итоговые – у 30,1%. Различие в показателях указывает на умение обследуемых применять конструктивные спо-

собы совладания со стрессом. Из них главное значение имели отдых и перерыв в деятельности (89,6%), общение и поиск поддержки (82,1%), обращение за помощью к родителям (57,5%). 9,4% студентов использовали физическую активность и спорт, 2,8% владели навыками аутотренинга и релаксации.

Анализ отдельных составляющих повышенной чувствительности к стрессу показал, что у 51% студентов присутствовала чрезмерная реакция на внешние обстоятельства, у 19,8% – склонность усложнять ситуацию. В рамках проведенного тренинга этим студентам были объяснены основные свойства антиципации (предвидения), отработаны навыки реалистичной оценки индивидуально трудной ситуации и способы ее преодоления.

Важно, что студенты наряду с конструктивными способами преодоления стресса использовали и деструктивные. Среди последних ведущее место занимало «заедание» стресса, т.е. потребление излишнего количества еды. Им пользовались 48,7% студентов. 39,6 % студентов в качестве способа снятия стресса использовали табакокурение, 44,3% – просмотр телевизионных сериалов и шоу.

Деструктивные способы совладания со стрессом у 10,1 % студентов сочетались с повышенной стрессочувствительностью и предрасположенностью к психосоматическим заболеваниям. Все студенты этой группы попали в группу риска, и с ними были проведены описанные выше коррекционные мероприятия.

Следует отметить, что деструктивные способы совладания отмечались и у студентов с низкими показателями стрессочувствительности. Другими словами, эти студенты имели высокий адаптационный резерв, а именно адаптационный резерв является существенным условием формирования вредных привычек. В ходе обсуждения результатов тестирования этот факт был разъяснен, необходимые выводы студентами сделаны.

Сниженная способность к использованию конструктивных методов преодоления стресса была отмечена у 27,4% студентов. В этой подгруппе деструктивные способы преодоления стресса преобладали над конструктивными. В рамках проведенного тренинга эти студенты овладели навыками конструктивного преодоления стресса. Степень влияния отдельных проблем на формирование стресса, уровень экзаменационного стресса и степень проявлений учебного

стресса студенты оценивали по 10-балльной шкале. Ниже приведены среднегрупповые показатели.

При субъективной оценке влияния отдельных аспектов учебной деятельности в качестве ведущих проблем были указаны: непонятные и скучные учебники (средний показатель 8,8 балла); неумение правильно распорядиться ограниченными финансами (7,1 балла); проблемы в личной жизни (6,4 балла); неумение организовать режим дня (6,0 баллов); строгость преподавателей (5,9 балла); большая учебная нагрузка (5,7 балла).

При субъективной оценке симптоматических проявлений стресса ведущие места заняли: нарушения сна (6,6 балла), повышенная отвлекаемость, плохая концентрация внимания (6,1 балла). Также низкая работоспособность, повышенная утомляемость (6,1 балла) и невозможность избавиться от посторонних мыслей (5,5 балла). Плохое настроение, «депрессия» (5,5 балла). Раздражительность, обидчивость (5,3 балла). Спешка, ощущение постоянной нехватки времени (5,1 балла); головные боли (5,1 балла).

Уровень экзаменационного волнения был оценен студентами в 9,4 балла. В качестве ведущих проявлений экзаменационного волнения отмечались сердцебиение (93,4%), головная боль (65,1%), мышечный тремор (54,7%). В целом, несмотря на выраженность субъективных проявлений учебного и экзаменационного стресса, студенты-медики владели способами его конструктивного преодоления и в большинстве своем обладали высокой стрессоустойчивостью.

Мониторинг психологического и психофизиологического состояния студентов с проведением коррекционных мероприятий является неотъемлемой частью здоровьесберегающего обучения. В сфере помогающих профессий, где ведущее значение имеет нематериальная удовлетворенность результатами труда, психологическое сопровождение становится выражением безвозмездной заботы, не требующей благодарности в ответ. Опыты нематериального удовлетворения накапливаются, формируя систему профессионального становления будущих специалистов. Как результат, растет удовлетворенность студентов качеством оказываемых образовательных услуг, и вместе с тем, формируется профессиональное самосознание и мировоззрение специалистов помогающих профессий.

А.А. Болбат

ВЗАИМОСВЯЗЬ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ И ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Челябинский государственный университет
г. Челябинск

ВИЧ-инфекция (human immunodeficiency virus infection - HIV infection) - медленно прогрессирующее инфекционное заболевание, возникающее вследствие заражения вирусом иммунодефицита человека, и характеризующийся поражением иммунной системы, приводящим к развитию синдрома приобретенного иммунного дефицита (СПИД) и смерти больного в результате развития вторичных (оппортунистических) инфекций, злокачественных опухолей или поражения ЦНС [12].

ВИЧ-инфицированные пациенты обнаруживают высокий уровень стресса. Это проявляется в нарушении общения, отчуждении от окружающих. Многие пациенты испытывают изменение настроения, подавленность, снижение значимости собственной личности, чувство уязвимости. У большинства людей после постановки диагноза ВИЧ-инфекция развивается психологический кризис.

У женщин с ВИЧ-положительным статусом существует широкий спектр проблем. Среди них наиболее остро стоят нестерпимость со стороны населения, отрицание общественным мнением репродуктивных прав ВИЧ-инфицированных женщин, низкий уровень медицинского сервиса, ущемление прав женщин на медицинское обслуживание и достоверную информацию, отсутствие институтов социализации детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями. Женщины, живущие с ВИЧ, могут испытывать страдания из-за утраты здоровья, ожидаемых или реальных изменений внешнего облика, а также из-за тех ограничений, которые касаются половой жизни, рождения детей, выполнения материнских обязанностей. В широком смысле можно делать вывод относительно отсутствия комплексной системы оказания помощи и поддержки ВИЧ-инфицированным женщинам на этапах планирования беременности, вынашивания, родов и воспитания ребенка, которые позволяли бы этой группе на-

селения в полной мере реализовывать свои репродуктивные права. Практическим врачам приходится сталкиваться с различными вопросами, которые возникают у женщин при реализации их жизненного сценария. Одним из важнейших вопросов является беременность. В этой ситуации гинеколог или акушер может оказаться первым специалистом, который сообщает женщине об ее ВИЧ-позитивности. У женщины, инфицированной ВИЧ, при наступлении беременности существует вероятность (от 28 до 50%), что ее будущий ребенок тоже будет инфицирован. Заражение происходит во время беременности или во время родов, кроме того, возможно заражение ребенка через материнское молоко при грудном вскармливании. Наличие у беременной женщины значительного иммунодефицита и высоких показателей вирусной нагрузки повышает вероятность заражения ребенка. Но применение химиопрофилактики передачи ВИЧ от матери ребенку значительно снижает риск заражения ребенка до 5-8%. ВИЧ-инфицированные женщины, желающие родить ребенка, говорят о фактах дискриминации в сфере предоставления медицинской помощи и услуг для этой группы населения.

Копинг-поведение определяется как «непрерывно меняющиеся когнитивные и поведенческие попытки справиться со специфическими внешними и/или внутренними требованиями, которые оцениваются как чрезмерные или превышающие ресурсы человека» [13]. Авторы подчеркивают, что копинг – это процесс, который все время изменяется, поскольку личность и среда образуют неразрывную, динамическую взаимосвязь и оказывают друг на друга взаимное влияние [13]. В отечественной психологии совладающее поведение (копинг) рассматривается как осознанное рациональное поведение, направленное на устранение стрессовой ситуации. Оно зависит, по крайней мере, от двух факторов - личности субъекта и реальной ситуации и может проявляться на поведенческом, эмоциональном и познавательном уровнях функционирования личности. Р.М. Грановская и И.М. Никольская отмечают, что понятие копинга по своему содержанию близко к понятию психологической защиты, и основным отличием защитных автоматизмов от копинг-стратегий является неосознанное

включение первых и сознательное использование вторых [11]. Главная задача копинга – обеспечение и поддержание благополучия человека, физического и психического здоровья и удовлетворенности социальными отношениями.

Согласно определению Н.Д. Левитова, психическое состояние – это целостная характеристика психической деятельности за определенный период времени, показывающая своеобразие протекания психических процессов в зависимости от отражаемых предметов и явлений действительности, предшествующего состояния и психических свойств личности [10]. В структуру психического состояния входят определенная модальность переживания, конкретные изменения в протекании психических процессов (психической деятельности в целом), отражение особенностей личности и характера, а также предметной деятельности и соматического состояния. Психические состояния влияют на протекание психических процессов, а, повторяясь часто, приобретая устойчивость, могут включиться в структуру личности в качестве ее специфического свойства. Эти и многие другие факторы накладывают большой отпечаток на особенности психических состояний ВИЧ-инфицированных беременных женщин.

Цель исследования: выявить копинг-стратегии, используемые ВИЧ-инфицированными беременными женщинами; выявить и изучить особенности психических состояний ВИЧ-инфицированных беременных женщин; установить взаимосвязь между копинг-стратегиями и особенностями психических состояний ВИЧ-инфицированных беременных женщин.

В качестве гипотезы исследования было выдвинуто следующее предположение: существует взаимосвязь между копинг-стратегиями и особенностями психических состояний ВИЧ-инфицированных беременных женщин.

Экспериментально-психологическое исследование проводилось на базе Челябинского областного центра профилактики и лечения СПИДа и других инфекций клиники Челябинской Государственной Медицинской Академии (ЧГМА) и женской консультации клиники ЧГМА. В ходе проведения экспериментально-психологического исследования были сформированы экспериментальная и контрольная группы. В экспериментальную группу вошли 30 бере-

менных женщин с диагнозом ВИЧ-инфекция. Возраст испытуемых от 18 до 35 лет. Контрольная группа подбиралась в соответствии с экспериментальной группой. В нее вошли относительно здоровые женщины на сроке беременности от 12 до 36 недель в возрасте от 17 до 37 лет, в количестве 30 человек. Необходимым условием эксперимента являлось знание беременными женщинами о диагнозе ВИЧ-инфекция до наступления беременности. В соответствии с задачами исследования и теоретическими положениями для изучения особенностей психических состояний беременных женщин с диагнозом ВИЧ-инфекция были выбраны следующие методики:

Карта-анкета участника экспериментального исследования, Тест «Самооценка психических состояний» (по Айзенку), Госпитальная шкала тревоги и депрессии «HADS» (Zigmond A.S., Snaith R.P.), Проективный рисуночный тест «Человек под дождем», Методика «Шкала одиночества» («UCLA»-University California Los-Angeles. Д.Рассел, Л.А.Пепло и Г.Фергюссон)

1. Результаты, полученные по методике «Самооценка психических состояний», характеризующей такие показатели, как тревожность, фрустрация, агрессивность и ригидность:

1.1. В экспериментальной группе большее число испытуемых имеет высокий и средний уровень выраженности тревожности, в контрольной группе у половины испытуемых, наоборот, низкий уровень тревожности.

Полученные данные в экспериментальной и контрольной группе были обработаны с помощью критерия Манна-Уитни. Для данных групп $U_{кр.}=292$ ($p \leq 0,01$); $U_{эмп.}=251$; $U_{эмп.} < U_{кр.}$. Экспериментальная группа превосходит контрольную группу по уровню выраженности тревожности.

1.2. В экспериментальной группе большее число испытуемых имеют высокий и средний уровень выраженности фрустрации. В контрольной группе более половины испытуемых с низким уровнем выраженности фрустрации.

Для данных групп $U_{кр.}=292$ ($p \leq 0,01$); $U_{эмп.}=270$; $U_{эмп.} < U_{кр.}$. Таким образом, экспериментальная группа превосходит контрольную группу по уровню выраженности фрустрации.

1.3. Примерно половина испытуемых в обеих группах имеет средний уровень выраженности агрессивности. При этом относительно равное количество испытуемых имеет как высокие, так и низкие показатели уровня агрессивности.

Для данных групп $U_{кр.}=338$ ($p \leq 0,05$); $U_{эмп.}=419,5$; $U_{эмп.} > U_{кр.}$. Экспериментальная группа не превосходит контрольную группу по уровню выраженности агрессивности.

1.4. Большинство испытуемых экспериментальной группы и контрольной группы имеют средний уровень выраженности ригидности психических процессов, при этом число таких испытуемых в экспериментальной группе выше. И в контрольной группе, и в экспериментальной группе всего по одному испытуемому с высокими показателями выраженности ригидности. Низкий уровень ригидности больше представлен у испытуемых контрольной группы.

$U_{кр.}=338$ ($p \leq 0,05$); $U_{эмп.}=326,5$; $U_{эмп.} < U_{кр.}$. Таким образом, экспериментальная группа превосходит контрольную группу по уровню выраженности ригидности психических процессов. При анализе «Оценки психических состояний» были получены статистически достоверные различия, которые показали, что уровень выраженности тревожности, фрустрации и ригидности психических процессов выше в экспериментальной группе.

2. Данные, полученные в ходе проведения методики исследования «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS):

2.1. Субклиническая и клиническая форма тревоги в экспериментальной группе более выражена, чем в контрольной. Для данных групп $U_{кр.}=338$ ($p \leq 0,05$); $U_{эмп.}=350$; $U_{эмп.} > U_{кр.}$. Экспериментальная группа не превосходит контрольную группу по уровню выраженности тревоги.

2.2 Высокий уровень депрессии несколько больше в экспериментальной группе. Для большего числа испытуемых контрольной группы характерна норма аффективного состояния, а субклиническая депрессия [1] проявляется у большего числа испытуемых экспериментальной группы. $U_{кр.}=292$ ($p \leq 0,01$); $U_{эмп.}=272$; $U_{эмп.} < U_{кр.}$. Таким образом, экспериментальная группа превосходит контрольную группу по уровню выраженности депрессии.

По методике «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» также получены статистически достоверные различия по уровню выраженности депрессии, который оказался выше в экспериментальной группе.

3. В проективной методике «Человек под дождем»[1] можно было наблюдать различие в группах при ее выполнении. Рисунки отличаются наполнением цветами, изображением человека, (чаще маленького в схематичном виде в экспериментальной группе и прорисованного в полный рост в контрольной группе). Дождь на рисунках экспериментальной группы чаще нарисован в виде сплошных линий в большом количестве, зонт и одежда реже используется как средство защиты по сравнению с рисунками контрольной группы. В рисунках экспериментальной группы у большего числа испытуемых выявлены симптомокомплексы «Тревожность», «Депрессивность», «Чувство незащищенности», в то время как в контрольной группе преобладает симптомокомплекс «Благоприятная ситуация». Данные по основным выявленным симптомокомплексам.

С помощью критерия ϕ^* Фишера были получены достоверные различия по симптомокомплексам «благоприятная ситуация» и «инфантильность», они в экспериментальной группе встречаются реже, и симптомокомплексу «депрессивность», чаще встречающемуся в экспериментальной группе. Таким образом, можно говорить о том, что у ВИЧ-инфицированных беременных женщин существуют особенности психических состояний. А именно: у них более выражена тревожность, фрустрация и ригидность психических состояний, выше уровень депрессии. Возникает вопрос: данные изменения связаны с диагнозом ВИЧ – инфицированности, либо существуют какие либо другие факторы, вызывающие описанные выше психические состояния?

Для ответа на этот вопрос нами были изучены сведения о перинатальном развитии, раннем онтогенезе, гинекологическом анамнезе и сведения о наличии вредных привычек у участников исследования. Критерий ϕ^* Фишера показал достоверные различия по целому ряду показателей. Результаты углового преобразования представлены в таблице 1.

Таблица 1. Различия анамнестических сведений в исследованных группах

Параметры сравнения	% доли		Уровень статистической значимости
	ЭГ	КГ	
Повторная беременность матери	70	46,7	$p \leq 0,05$
Запланированная беременность	60	80	$p \leq 0,05$
Искусственное вскармливание	33,3	13,3	$p \leq 0,05$
Участие отца в воспитании	63,3	83,3	$p \leq 0,05$
Первый сексуальный опыт ранее 15 лет	20	3,3	$p < 0,05$
Первый сексуальный опыт в возрасте 15-17	60	36,7	$p < 0,05$
Регулярная половая жизнь с 15-17 лет	36,7	10	$p \leq 0,01$
Исход предыдущих беременностей - роды	25	56,5	$p \leq 0,01$
Исход предыдущих беременностей-аборт	60	34,8	$p \leq 0,05$
Есть дети	20	56,7	$p \leq 0,01$
Запланированная беременность	43,3	86,7	$p \leq 0,01$
Желание прервать беременность	26,7	3,3	$p \leq 0,01$
Мотив беременности: любят мужа	36,7	70	$p \leq 0,01$
Мотив беременности: одиночество	16,7	0	$p \leq 0,01$
Курение	40	13,3	$p \leq 0,01$
Употребление наркотиков	26,7	0	$p \leq 0,01$

4. Методика «Шкала одиночества» [8] проводилась в качестве дополнительного исследования с целью проверить полученные результаты по карте-анкете участника обследования, они показывают, что одним из основных мотивов рождения ребенка является избегание одиночества. По критерию Манна-Уитни также получены достоверные различия, уровень выраженности одиночества в экспериментальной группе выше, чем в контрольной.

5. Результаты анализа взаимосвязи копинг-стратегий и особенностей психических состояний ВИЧ-инфицированных беременных женщин: Для обработки данных, полученных в результате исследования, был использован корреляционный анализ Пирсона, позволяющий выявить наличие статистически значимой корреляционной связи между полученными данными в используемых методиках. Полученные результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2. Коэффициенты корреляций Пирсона по психодиагностическим показателям экспериментальной группы

	поиск социальн. поддержки	избегание проблем	тревога	депрессия	тревожность	фрустрация	агрессивность	ригидность	одиночество
Решение проблем	-0,24	-0,76**	-0,29	-0,22	-0,12	-0,48**	-0,25	-0,43**	-0,12
Социальная поддержка	X	0,29	0,57**	0,67**	0,72**	0,48**	-0,07	0,58**	0,87**
Избегание проблем		X	0,44**	0,28	0,29	0,39*	0,18	0,41**	0,3*
Тревога			X	0,79**	0,85	0,72**	0,27	0,55**	0,6**
Депрессия				X	0,84**	0,71**	0,33*	0,59**	0,6**
Тревожность					X	0,66**	0,06	0,55**	0,82**
Фрустрация						X	0,28	0,49**	0,48**
Агрессивность							X	0,26	-0,1
Ригидность								X	0,47**

Условные обозначения: * - значимость при $p \leq 0,05$, ** - при $p \leq 0,01$

С использованием корреляционного анализа Пирсона обнаружена сильная положительная корреляционная связь между уровнем использования стратегии поиска социальной поддержки и уровнем выраженности тревожности и одиночества. Выявлены средние положительные корреляционные связи между уровнем использования стратегии поиска социальной поддержки и уровнем выраженности тревоги, депрессии и ригидности. Также получена умеренная отрицательная корреляционная связь между уровнем использования стратегии решения проблем и уровнем выраженности фрустрации и ригидности. Умеренные положительные связи получены между уровнем использования стратегии избегания проблем и уровнем выраженности тревоги, фрустрации, ригидности и одиночества. Полученные данные представлены на рис. 1, 2, 3.

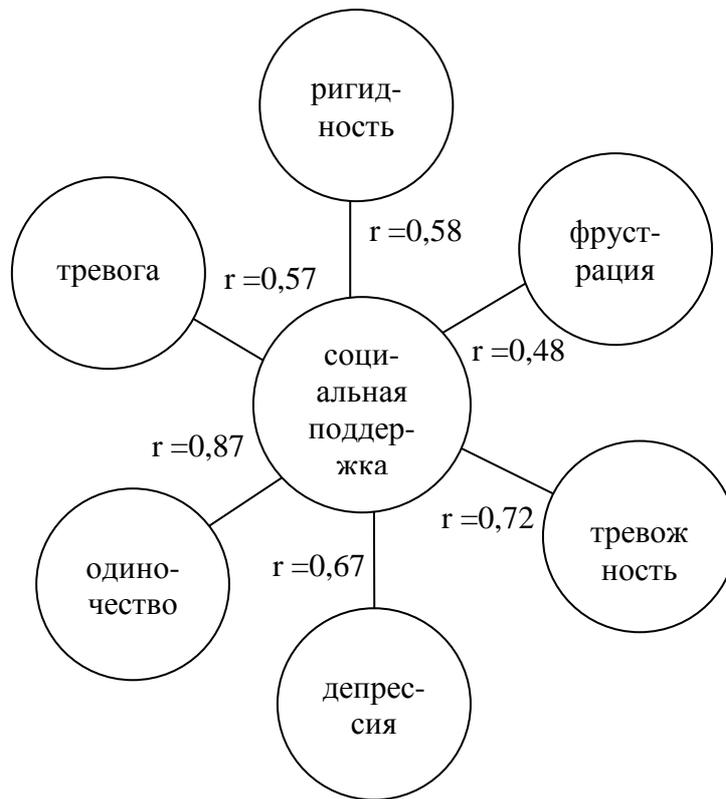


Рис. 1. Корреляционные связи между стратегией «поиск социальной поддержки» и особенностями психических состояний в экспериментальной группе.

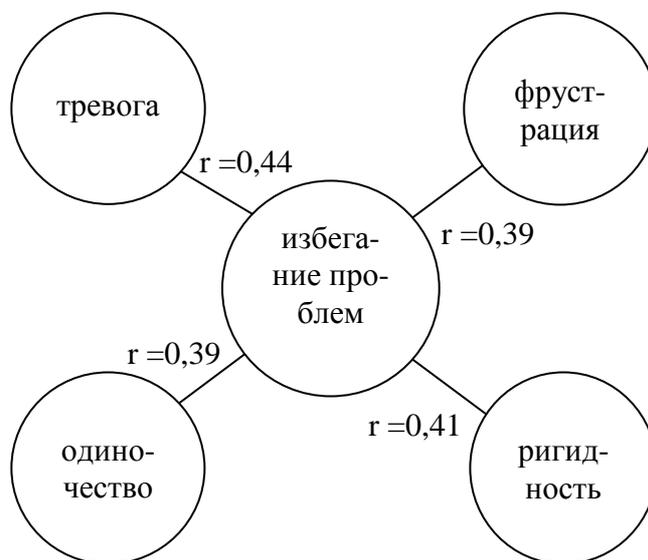


Рис. 2. Корреляционные связи между стратегией «избегание проблем» и особенностями психических состояний в экспериментальной группе.

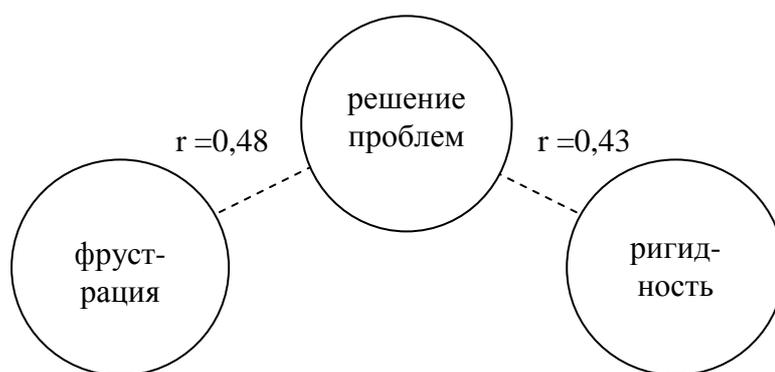


Рис. 3. Корреляционные связи между стратегией «разрешение проблем» и особенностями психических состояний в экспериментальной группе.

По результатам анализа взаимосвязи копинг-стратегий и особенностей психических состояний ВИЧ-инфицированных беременных женщин можно сделать следующие выводы:

1. Чем выше уровень выраженности одиночества, тревожности, депрессии, фрустрации и ригидности, тем больше стремление к поиску социальной поддержки.

2. Чем выше уровень использования стратегии решения проблем, тем ниже уровень выраженности фрустрации и ригидности.

3. Чем выше уровень использования стратегии избегания проблем, тем выше уровень выраженности тревоги, фрустрации, ригидности и одиночества.

На основе полученных данных можно предположить, что для ВИЧ-инфицированных женщин в силу особенностей их психических состояний, на фоне нарушенного онтогенетического развития и рентной мотивации к рождению ребенка, беременность и ребенок являются не ценностью, а средством преодоления тревожности, фрустрации, ощущения одиночества и депрессии. Данный вывод позволяет поставить вопросы для дальнейшего изучения и исследования проблем, охватывающие такие сферы как ВИЧ-инфекция, репродуктивное и женское здоровье. А так же рекомендовать включение психотерапии (в лечебном, а не только в консультационном объеме) в комплекс сопровождения ВИЧ-инфицированных пациентов.

Литература

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352 с.
2. Балинт М. Базисный дефект и терапевтические аспекты регрессии. – М.: Когито-Центр, 2002. – 256 с.
3. Беляева В.В., Кравченко А.В. Приверженность высокоактивной противоретровирусной терапии при ВИЧ-инфекции. Пособие для врачей // Министерство здравоохранения и социального развития РФ, Москва 2005.
4. Беляева В.В., Афолина Л.Ю., Дмитриева Е.В. и др. Коммуникация и консультирование в области ВИЧ-инфекции. Пособие для врачей // Проект «Здоровая Россия 2020». – М., 2005.
5. Бэрн Р., Ричардсон Д. Агрессия. – СПб.: Питер, 1997. – 336 с.
6. ВИЧ-инфекция (СПИД): эпидемиология, клиника, лечение и профилактика. Учебное пособие. – Донецк, 1997.
7. ВИЧ: женский аспект. Руководство по информационно-психологической работе с ВИЧ-положительными женщинами для работников НКО и медицинских специалистов. – Челябинск, 2004.
8. Каган В. Одиночество и психотерапия // I всероссийская научно-практическая конференция по экзистенциальной психологии: материалы сообщений. – М., 2001. – С. 57-61.
9. Калшед Д. Внутренний мир травмы: архетипические защиты личного духа. – М.: Академический проект, 2001. – 368 с.
10. Левитов Н.Д. О психических состояниях человека. – М.: Просвещение, 1964. С. 18-35, 79-92, 232-238.
11. Никольская, И. М. Детская психология и психотерапия. – СПб.: Речь, 2000. – 504 с.
12. Endler, N.S., Parker, J.D.A. The multidimensional assessment of coping: Concepts, issues and measurement / Van Heck, P.Bonaiuto, Deary, U. Nowack, W. (Eds.). Personality psychology in Europe, vol A Tilburg University Press. - P. 309-319.

Н.А. Бородина

ФОРМИРОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ УСТОЙЧИВОСТИ УЧАЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ ШКОЛЫ

Муниципальное образовательное учреждение «Гимназия № 19»

г. Миасс

Эмоциональную устойчивость можно считать одним из факторов, определяющих психическое и физическое здоровье школьников. Поэтому встает актуальный вопрос о способах обучения школьников правильно использовать резервы психики, повышать способность к гибкому самоуправлению, наиболее полному раскрытию физических и психических возможностей.

В отечественной психологии возникновение термина «эмоциональная устойчивость» было вызвано изучением поведения человека, действующего в экстремальных условиях. Большинство исследований поэтому проводилось в отраслевой психологии: инженерной – К.М. Гуревич, П.Б. Зильберман, Е.А. Милерян и др.; авиационной – Р.Н. Макаров, В.Л. Марищук, В.А. Плахтиенко и др.; психологии спорта – Л.М. Аболин, О.В. Дашкевич, А.Ц. Пуни, А.Я. Чебыкин, О.А. Черникова и других.

Согласно принципу Л.С. Выготского, известному под названием «единства интеллекта и аффекта», с эмоциональными явлениями связаны все психические процессы, сопровождающие всякую деятельность человека. Поэтому без учета особенностей эмоциональной сферы, без знания закономерностей функционирования эмоций разработка многих вопросов в области психологии и педагогики невозможна [16].

Изучение так называемых «трудных детей», проведенное под руководством Л.И. Божович, Т.В. Драгуновой, В.И. Самохваловой, Л.С. Славиной и других, дало убедительные факты, подтверждающие, что за плохим поведением ребенка часто скрыты аффективные переживания, связанные с каким-либо эмоциональным неблагополучием в его взаимоотношениях с окружающими [1].

Феномен устойчивости рассматривался Л.И. Божович как становление социальных по своему происхождению и нравственных по содержанию мотивов поведения. Исследователь подчеркивала значимость для проявления устой-

чивости таких личностных образований, как направленность личности и ее самооценка. Однако остается неясной психологическая сущность устойчивости личности, роль образовательной среды в проявлениях устойчивости личности характеризуется Л.И. Божович лишь в общих чертах [1].

Согласно И.В. Дубровиной способы поведения в трудных (фрустрирующих) ситуациях имеют индивидуальный характер и у взрослого человека становятся устойчивыми личностными образованиями, основу которых составляют психологические механизмы самоконтроля и саморегуляции. Складываться они начинают в детском возрасте, в ходе активного освоения ребенком окружающей действительности. Однако развитие это не происходит автоматически по мере взросления. Решающая роль в этом процессе принадлежит индивидуальному опыту самого ребенка по преодолению трудностей, а также особенностям его личности, темперамента [9].

Данные философских и психолого-педагогических исследований позволяют нам определить понятие «эмоциональная устойчивость» – это интегративное свойство личности, характеризующееся таким взаимодействием эмоциональных, волевых, интеллектуальных, мотивационных компонентов психологической деятельности индивида, которое обеспечивает успешное достижение цели деятельности и наиболее эффективное социально-ролевое поведение в сложной эмотивной обстановке (Л.М. Аболин, П.Б. Зильберман) [3].

В последние десятилетия в школьную практику стали внедряться самостоятельные учебные курсы психологии для начальной и основной школы (И.В. Дубровина, Е.В. Климов, О.В. Хухлаева, Г.В. Резапкина и др.). Однако непосредственно программа формирования эмоциональной устойчивости школьников на данный момент не разработана.

Поэтому возникло противоречие между потребностью школы в реализации государственного стандарта и недостаточной разработанностью теоретически обоснованных технологий формирования эмоциональной устойчивости школьников.

Цель исследования: изучить индивидуально-психологический аспект формирования эмоциональной устойчивости школьников.

Задачи исследования:

1. Определить психолого-педагогические условия формирования эмоциональной устойчивости школьников, проанализировав степень разработанности проблемы в теории и практике психологических исследований.

2. Эмпирически выявить индивидуально-психологические условия формирования эмоциональной устойчивости школьников в инновационной образовательной среде.

3. Разработать и апробировать программу по формированию эмоциональной устойчивости школьников в условиях инновационного образовательного процесса.

В нашем исследовании для проверки гипотез и решения поставленных задач использовались констатирующий и формирующий эксперименты, психодиагностические и статистические методы исследования. В качестве психодиагностических методов использовались: методика «САН» - оперативная оценка самочувствия, активности и настроения; «Диагностика социально-коммуникативной компетентности» Э.Ф. Зеера; Тест школьной тревожности Филлипса; методика «Самооценка» С.В. Ковалева; социометрия Дж.Морено; Возрастная диагностика учебной мотивации М.Р. Гинзбурга; EPQ опросник Г. Айзенка; тест-опросник Шмишека.

База исследования муниципальное образовательное учреждение «Гимназия № 19» г. Миасса Челябинской области. Исследованием на констатирующем этапе было охвачено 487 школьников в возрасте от 6 до 18 лет. На этапе формирующего эксперимента – 257 школьников, 15 педагогов и 120 родителей. На контрольном этапе 487 школьников. Всего в эксперименте приняли участие 622 участника образовательного процесса.

Предварительное исследование представлений педагогов и родителей об эмоциональной устойчивости проводилось методом анкетирования. Всего было опрошено 155 человек в возрасте от 22 до 65 лет. Полученные в результате анкетирования данные были обобщены и представлены в таблицах.

Таблица 1. Представления педагогов и родителей об эмоциональной устойчивости

Понятие «эмоциональной устойчивости»	Педагоги	Родители
- это способность человека сохранять в различных условиях социальной нестабильности личностные позиции, владеть определенными механизмами защиты по отношению к воздействиям, чуждым его личностным взглядам, убеждениям и мировоззрению в целом	65%	56%
- стабильное поведение человека, действующего в экстремальных условиях	55%	39%
- это комплексное свойство личности, которое обеспечивает оптимальное успешное достижение цели деятельности и наиболее эффективное социально-ролевое поведение в сложной эмоциональной обстановке	45%	0%
- один из факторов, определяющих психическое и физическое здоровье школьников	40%	43%
- способствует повышению результативности их учебной деятельности	15%	17%
- она повышает способность к гибкому самоуправлению	5%	0%

Следует отметить, что была обнаружена достаточно высокая согласованность в определении эмоциональной устойчивости у родителей и педагогов. Это может свидетельствовать о достаточно высоком образовательном уровне опрашиваемых и поможет стоять работу с педагогами и родителями по формированию эмоциональной устойчивости школьников на одинаковом уровне.

Для более точного понимания эмоциональной устойчивости респондентам предлагалось проранжировать 9 факторов, оказывающих то или иное влияние на формирование эмоциональной устойчивости у детей (Таблица 2).

Мы видим, что мнения педагогов и родителей относительно первых двух и последних двух пунктов полностью совпали. И те и другие на первое место поставили индивидуальные особенности ребенка, на второе – особенности воспитания в семье, на шестом месте у них - особенности образовательных учреждений, которые посещает ребенок, а к менее значимым факторам, влияющим на эмоциональную устойчивость школьников, отнесли стабильность (кризисы) в стране, где живет ребенок и обстановку в мире.

Таблица 2. Факторы, влияющие на формирование эмоциональной устойчивости школьников

Факторы, оказывающие влияние на эмоциональную устойчивость	Педагоги	Ранг	Родители	Ранг
индивидуальные особенности ребенка (темперамент, характер, способности)	100%	1 ранг	94%	1 ранг
особенности воспитания в семье	100%	2 ранг	93%	2 ранг
особенности родителей (наследственность)	90%	3 ранг	76%	4 ранг
гендерные особенности (мальчик / девочка)	95%	4 ранг	67%	7 ранг
особенности педагогов, работающих с ребенком	100%	5 ранг	89%	3 ранг
особенности образовательных учреждений, которые посещает ребенок	90%	6 ранг	82%	6 ранг
стабильные возрастные периоды в сравнении с кризисными	95%	7 ранг	74%	5 ранг
стабильность / кризисы в стране, где живет ребенок	95%	8 ранг	67%	8 ранг
обстановка в мире	95%	9 ранг	63%	9 ранг

В то же время, мы наблюдаем явные расхождения в понимании значения других, не менее важных факторов, оказывающих влияние на эмоциональную устойчивость детей, что прослеживается в явной тенденции у педагогов придавать большое значение семье (родителям), а у родителей – роли педагогов в формировании эмоциональной устойчивости у детей. Перекладывание ответственности друг на друга, а не сотрудничество может снизить эффективность реализуемой для детей программы. Однако то, что по пяти пунктам из девяти мнения у респондентов совпали, может свидетельствовать о достаточно позитивных перспективах при построении взаимодействия между педагогами и родителями.

Результаты исследования мнения педагогов и родителей по вопросам возможности формирования эмоциональной устойчивости у детей представлены в Таблице 3. В данных вопросах педагоги и родители были явно единодушны во мнениях. И те и другие респонденты согласны, что формировать эмоциональную устойчивость можно и нужно, что начинать необходимо как можно раньше с самых первых лет жизни и что это комплексная проблема, где родители, педагоги и специалисты взаимодополняют друг друга.

Таблица 3.

Возможность формирования эмоциональной устойчивости у детей и кто за это ответственен	Педагоги	Родители
Можно и даже нужно формировать	95%	93%
Эмоциональная устойчивость – это врожденная черта	5%	2%
Это врожденная черта, но ее возможно и формировать	-	5%
С рождения	30%	35%
С раннего возраста, с детского сада	60%	52%
С начала обучения в школе	10%	7%
С начала сознательной жизни	-	4%
Не знаю	-	4%
Родители, потому что они лучше знают ребенка и они первые его воспитатели	15%	22%
Педагоги, потому что они профессионалы и знают, как правильно воспитывать	0%	0%
Педагоги-психологи, потому что они разбираются в эмоциях человека лучше остальных	5%	6%
Родители и педагоги	5%	24%
Родители и педагоги-психологи	20%	19%
Все вместе, взаимосвязь	50%	26%
Затрудняюсь ответить	5%	-
Родители и жизненные факторы	-	2%
Родители + педагоги + средства массовой информации (и все это имеет смысл, если они все умеют себя контролировать)	-	2%
Школа оказывает влияние на формирование эмоциональной устойчивости детей	100%	98%
Школа не оказывает влияние на формирование эмоциональной устойчивости детей	-	2%

Таким образом, по мнению родителей, их детям нужна эмоциональная устойчивость 91%, поскольку она помогает общаться в коллективе, способствует умению за себя постоять, не тушеваться, иметь авторитет. Их дети интересуются эмоциями других людей, задают родителям вопросы по этой теме – 87%. А 75% педагогов на вопрос «Как Вы считаете, ваши занятия с детьми способствуют формированию у них эмоциональной устойчивости?» ответили - да; по 10% - «боюсь, что нет» и «стремлюсь к этому»; 5% - «частично».

Итак, только комплексный подход способствует решению вопроса формирования эмоциональной устойчивости школьников в условиях образовательной среды школы.

Констатирующий этап исследования показал, что эмоциональная устойчивость (фрустрационная толерантность) находится в непосредственной зависимости от типа темперамента (нейротизм 0,35; $p < 0,001$); акцентуаций характера («застревание» 0,32 ($p < 0,01$), «возбудимость» 0,45 ($p < 0,001$), «дистимность» 0,33 ($p < 0,01$), «циклотимность» -0,30 ($p < 0,01$)). Акцентуации характера в любом возрасте более ярко проявляются у девочек, нежели у мальчиков. Также обнаружены достоверно значимые связи с учебной мотивацией (личностный смысл учения -0,24; $p < 0,05$), а также с социально-коммуникативной адаптивностью (-0,37; $p < 0,001$) и оптимизмом (0,39; $p < 0,001$).

Значимых связей эмоциональной устойчивости с самооценкой; социометрическим статусом; уровнем школьной тревожности; самочувствием, активностью и настроением не обнаружено.

При обработке данных мы использовали коэффициент линейной корреляции r Пирсона.

Таким образом, психологические особенности личности являются важным фактором, влияющим на эмоциональную устойчивость школьников.

Теоретическое и экспериментальное изучение данной проблемы позволило разработать и реализовать программу формирования эмоциональной устойчивости школьников в инновационной образовательной среде «Школа рефлексивной самостоятельной работы», построенную на модульной основе.

Основной целью программы является помощь школьникам в осознании собственных эмоциональных состояний (рефлексии собственных переживаний) и в обучении умению саморегуляции (владеть своими эмоциями, социально приемлемо их выражать).

На данном этапе активными участниками эксперимента стали 257 школьников в возрасте от 6 до 18 лет МОУ «СОШ № 11» г. Миасса Челябинской области, выбранные нами на добровольной основе.

Первый модуль «Кто Я, какой Я» был посвящен самопознанию школьниками личностных качеств. Он включал в себя диагностический блок, который состоял из методик, использованных нами в констатирующей части исследования.

Полученная при этом информация о наиболее проблемных полях взаимодействия со сверстниками, педагогами и родителями являлась основанием для отбора материала, который и составил основное содержание 2-ого этапа.

Второй модуль «Знакомство с основами психологии» был направлен на ознакомление школьников с основами психологии, актуализацию их опыта и знаний в этой области и включал в себя беседы, занятия с элементами тренинга, тренинги, деловые игры. Данные методы и приемы ориентированы на то, чтобы сфокусировать внимание школьников на собственной личности и ее эмоциональных проявлениях в учебной и внеучебной деятельности, наработать стратегии повышения эмоциональной устойчивости, увеличить репертуар способов саморегуляции.

Третий модуль «Самооценка индивидуального стиля эмоциональной устойчивости» был представлен в конце 1 и во 2-ом этапе программы. Активное и заинтересованное участие школьников в поиске ответов на вопросы о формировании собственной эмоциональной устойчивости являлось их выходом в рефлексивную позицию по отношению к себе и к своим одноклассникам. При обсуждении связанных с этим вопросов школьники обращались к собственному опыту, к тем ситуациям, которые возникали в их жизненной практике.

Четвертый модуль «Создание личных программ по формированию эмоциональной устойчивости» был ориентирован на старшеклассников (9-11-ые классы) и предполагал преобразование своего стиля эмоциональной устойчивости на основе знаний, полученных о себе и своем классе в результате прохождения программы.

По окончании программы они говорили о том, что «занятия помогли заглянуть в себя...»; «удивительно, что такие простые упражнения оказывают такое сильное влияние»; «очень интересно узнавать новое о себе и тех людях, которых давно знаешь».

На всем протяжении курса «Школа самостоятельной работы» прослеживался интерес к программе, как со стороны школьников, так и их родителей, педагогов и администрации образовательных учреждений, так и специалистов городского управления образования.

С целью анализа эффективности программы перед началом реализации программы, в ходе ее реализации и по ее завершению проводятся исследования с помощью тестовых заданий методики САН. Их задача: мониторинг эмоционального состояния школьников в контрольных и экспериментальных классах. Результаты контрольной диагностики показали возросшую эмоциональную устойчивость в экспериментальных классах. Мы полагаем, что программа была полезна и прошла на достаточно высоком уровне.

Сравнивая данные по методике «САН» с другими показателями по Пирсону мы увидели, что существуют значимые взаимосвязи между ними. Так, активность коррелирует с социометрическим статусом в группе (0,19; $p < 0,05$), школьной тревожностью (переживание социального стресса -0,22; $p < 0,05$; фрустрация потребности в достижении успеха -0,22; $p < 0,05$; низкая физиологическая сопротивляемость стрессу -0,22; $p < 0,05$ и проблемы и страхи в отношениях с учителями -0,23; $p < 0,05$), учебной мотивацией (преобладание внутренней учебной мотивации 0,21; $p < 0,05$ и реализация учебных мотивов в поведении 0,25; $p < 0,01$), характером (гипертимность 0,26; $p < 0,05$) и социально-коммуникативной компетентностью (оптимизм -0,27; $p < 0,01$). Настроение коррелирует с некоторыми чертами характера (демонстративность 0,07; $p < 0,05$; гипертимность 0,34; $p < 0,01$), учебной мотивацией (иные мотивы учения 0,26; $p < 0,01$ и реализация учебных мотивов в поведении 0,20; $p < 0,05$) и социально-коммуникативной компетентностью (оптимизм -0,31; $p < 0,01$). Самочувствие с социально-коммуникативной компетентностью (оптимизм -0,22; $p < 0,05$) и школьной тревожностью (переживание социального стресса -0,23; $p < 0,05$).

Теоретическая разработка изучаемой проблемы и проведенная работа по изучению индивидуального аспекта формирования эмоциональной устойчивости школьников в инновационной образовательной среде помогли решить цели и задачи и позволили сформулировать выводы:

1. Содержанием понятия «эмоциональная устойчивость» школьников является интегративное био-социо-культурное свойство личности, характеризующееся таким взаимодействием эмоциональных, волевых, интеллектуальных, мотивационных компонентов психологической деятельности индивида,

которое обеспечивает успешное достижение цели деятельности и наиболее эффективное социально-ролевое поведение в сложной эмоциональной обстановке.

2. Разработанная модель и технология формирования эмоциональной устойчивости школьников в условиях инновационной образовательной среды предполагает взаимодействие педагогов, родителей, специалистов через организацию методически-просветительской работы с педагогическим коллективом и родителями и непосредственное их участие в процессе формирования эмоциональной устойчивости у школьников.

3. Эмпирическое исследование выявило значимые взаимосвязи между эмоциональной устойчивостью школьников и некоторыми его индивидуально-психологическими особенностями: темпераментом, характером, учебной мотивацией и параметрами социально-коммуникативной компетентности: социально-коммуникативной адаптивностью и оптимизмом.

4. Определены условия реализации модульной программы формирования эмоциональной устойчивости школьников в условиях инновационного образовательного процесса.

Проведенное исследование не исчерпало всех аспектов проблемы формирования эмоциональной устойчивости личности. Это только одна из попыток теоретически и практически осмыслить и показать психологические особенности и механизмы формирования эмоциональной устойчивости личности школьников в инновационной образовательной среде.

Литература

1. Божович, Л.И. Проблемы формирования личности [Текст] / Под ред. Д.И. Фельдштейна. - М.: Международная педагогическая академия, 1995. – 352 с.

2. Вилюнас, В.К. Психология эмоций: [Текст] /В.К. Вилюнас. - М.: Изд-во МГУ, 1984. - 287с.

3. Долгова, В.И. Формирование эмоциональной устойчивости личности [Текст] /В.И. Долгова, А.А. Напримеров, Я.В. Латюшин. – СПб.: РГПУ им. А.И. Герцена, 2002.- 167 с.

4. Дьяченко, М.И., Пономаренко, В.А. О подходах к изучению эмоцио-

нальной устойчивости // Вопросы психологии, 1990.- №1.- С. 106-112.

5. Колодич, Е.Н., Павлова И.М. Возможности социально-психологического тренинга в процессе повышения эмоциональной устойчивости учащихся профессиональной школы.// Мир психологии. 1999.-№4.-С. 364-370.

6. Кон, И.С. Ребенок и общество [Текст] / И.С. Кон. – М.: Наука, 1988. – с. 65-67.

7. Конопкин, О.А. Общая способность к саморегуляции как фактор субъективного развития / О.А. Конопкин // Вопросы психологии. 2004. №2. с. 128-135.

8. Лукьянова, М.И. Психолого-педагогические показатели деятельности школы: теория и практика/ М.И. Лукьянова, Н.В. Калинина. - М.: Сфера, 2004. – 208 с.

9. Практическая психология образования / Под ред. И.В. Дубровиной. – М.: ТЦ «Сфера», 1997. – 528 с.

10. Развитие человека в современном мире: материалы всероссийской научно-практической конференции [Текст] / Под науч. ред. О.А. Белобрыкиной, О.А. Шамшиковой. – Новосибирск: Изд. НГПУ, 2006. – 304 с.

11. Семенова, Е.М. Тренинг эмоциональной устойчивости [Текст] / Е.М. Семенова - М.: Институт психотерапии, ЗАО, 2002 – 212 с.

12. Фридман Л.М. и др. Изучение личности учащегося и ученических коллективов [Текст] / Л.М. Фридман, Т.А. Пушкиной, И.Я. Каплунович. – М.: Просвещение, 1988. – 207 с.: ил. (Психол. наука - школе).

13. Хухлаева, О.В. Тропинка к своему Я: Уроки психологии в начальной школе (1-4 классы) [Текст] / О.В. Хухлаева. – М.: Генезис, 2005. – 267 с.

14. Хухлаева, О.В. Тропинка к своему Я: Уроки психологии в средней школе (5-6 классы) [Текст] / О.В. Хухлаева. – М.: Генезис, 2005. – 207 с.

15. Хухлаева, О.В. Тропинка к своему Я: Уроки психологии в средней школе (7-8 классы) [Текст] / О.В. Хухлаева. – М.: Генезис, 2005. – 167 с.

16. Чебыкин, А.Я., Аболин, Л.М. Исследование эмоциональной устойчивости и психологические средства ее формирования. // Психологический журнал. - 1984. – Том 5. – №4. – С. 83-89.

17. Энциклопедия психологических тестов. Темперамент, характер, познавательные процессы [Текст]. – М.: АСТ, 1997 – 576 с.

В.А. Дмитриева, В.В. Одинцова
**ОНТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ПСИХОСОМАТИКЕ:
ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

Санкт-Петербургский государственный университет
г. Санкт-Петербург

Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова
г. Москва

Представления о тесной взаимосвязи самочувствия человека с его эмоциональным состоянием являются одним из важнейших в современной медицине и медицинской психологии. Одним из факторов, способствующих возникновению психосоматических заболеваний желудочно-кишечного тракта, могут быть негативные эмоции и способ их проживания. Аффективное напряжение активизирует нейроэндокринную и вегетативную нервную систему с последующими изменениями в кровоснабжении внутренних органов, а затем и в органическом их строении (первоначально функциональные изменения при продолжительном и частом повторении становятся органическими).

Согласно онтопсихологическому подходу в психосоматическом процессе выделяются три стадии:

1 стадия: перед «Я» возникает экзистенциальная проблема, полностью захватывающая субъекта, который по причине внешних обстоятельств или из-за собственной беспомощности не может решить ее и поэтому старается забыть.

2 стадия: субъект уже не только не помнит о той ситуации, но и вычеркивает из своей жизни любые моменты, способные напомнить ему о ней, иначе навязчивое присутствие проблемы в сознании постоянно поддерживало состояние стресса. Согласно законам самосохранения вытесненная из сознания проблема постепенно переводится на эмоциональный и биологический уровень, стремится формализоваться в бессознательном.

3 стадия: через определенный период времени психическая проблема достигает области соматики и проявляется вовне. Психическая проблема не исчезает, потому что сам субъект бессознательно поддерживает ее. Больной не

ошибается в моральном плане, а оказывается неспособен к точному пониманию себя и действию в своих интересах (Менегетти, 2007).

Для формирования болезни необходима специфическая причинность в бессознательной психической деятельности субъекта. Каждый симптом выполняет двойную функцию: а) поддерживает вытесненный, запрещенный импульс, и одновременно с этим б) удовлетворяет на бессознательном уровне импульс или цель, не признанную субъектом. Индивид пытается выздороветь, но борьба с симптомом лишь поддерживает цензуру «Я» по отношению к запрещенному импульсу. Многие импульсы, конфликты, проблемы, чувства находят свое убежище в организме после «бегства» из психики.

Результаты нашего исследования основаны на оценке пациентами гастроэнтерологического профиля своего способа проживать эмоции. За каждой эмоцией стоит конкретное физиологическое состояние, которое отражается на телесных ощущениях. Нам представляется значимой способность осознавать эти состояния, понимать их функциональность в конкретной ситуации, а значит и в какой-то мере управлять своими эмоциями, настроением, а возможно и состоянием здоровья. Кажется, что важно не только переживать хорошие эмоции, но и уметь их осознавать, поскольку каждая эмоция несет, прежде всего, информацию о том, как контакт со средой меняет нас.

Безусловно, трудно сказать, все ли болезни имеют специфические связи с эмоциональной сферой. Важным результатом нашей работы является перспективность использованного подхода, который с одной стороны позволяет лучше понимать саму болезнь и процесс проживания болезни, а также еще раз устанавливает связь между психологией и медициной. Нам кажется также перспективным попытка телесной локализации проблем болеющих людей (особых мест, которые в большей степени вовлекаются в проблему или вызывают блок).

О.С. Колосова
**ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ
СМЫСЛОЖИЗНЕННЫХ ОРИЕНТАЦИЙ**
Челябинский государственный университет
г. Челябинск

В современных условиях на первое место выступает проблема социальной ценности и здоровья человека, как зрелой личности, со сформировавшимися смысложизненными позициями. Среди элементов, образующих устойчивую смысложизненную позицию личности, доминирующим выступают ценностные ориентации личности. Система ценностных ориентации выступает в качестве регулятора и механизма развития личности, определяя форму реализации намеченных целей. В современных отечественных исследованиях, в частности, в работах Б.С. Братусь, Г.Е. Залесского, Е.И. Головахи, Г.Л. Будинайте и Т.В. Корниловой, Н.И. Непомнящей, С.С. Бубновой и др., личностные ценности рассматриваются как сложная иерархическая система, которая занимает место на пересечении мотивационно-потребностной сферы личности и мировоззренческих структур сознания, выполняя функции регулятора активности человека. Понятие «ценность» стало также объектом пристального внимания клинических психологов и психотерапевтов. В настоящее время уже не вызывает сомнения факт, что истинные причины заболеваний человека находятся в глубоких пластах духовной жизни. Наряду с вышесказанным, практическая психодиагностика в области духовной сферы личности связана со многими трудностями. При предъявлении осознанных стимулов у испытуемого существует реальная возможность произвольно модифицировать ответные реакции и тем самым предопределить искажение результатов исследования. Сверхзначимая осознанная информация, кроме того, включает цензуру сознания и все виды психологических защит. Опросники могут быть заблокированы либо отказом от ответов, либо сознательной или бессознательной фальсификацией [3]. Проективные методы психодиагностики касаются более глубоких слоев психики, но, по мнению, Е.Т Соколовой успех проективного исследования во многом зависит

от личности экспериментатора, его умения расположить к себе испытуемого и ряда других факторов, возникающих в подобном общении.

Вместе с тем такие широко известные методики, как ТАТ или тест Роршаха в своих оригинальных вариантах чрезвычайно сложны и громоздки, предполагают высокий уровень мастерства экспериментатора и одновременно не свободны от его субъективизма при интерпретации результатов [4].

Таким образом, в науках о психическом уже созрели предпосылки для появления таких методов исследования, которые позволили бы получать истинную объективную информацию, не искаженную сознанием.

Исходя из вышесказанного, на первый план выступают аппаратные методы, отличающиеся своей достоверностью, кратковременностью, возможностью сравнения и повторения опыта. Изобретаются различные приборы (такие как «детектор лжи»), измеряющие физиологические показатели, на основании которых даются психологические заключения. В 1995 году К.Г. Коротковым создан новый научный подход, основанный на цифровой видеотехнике, современной электронике и количественной компьютерной обработке данных: метод газоразрядной визуализации. Газоразрядная визуализация (биоэлектрография) – это метод компьютерной регистрации и анализа свечения, индуцированного объектами, в том числе и биологическими, при стимуляции их электромагнитным полем с усилением в газовом разряде [1]. Метод объединил все преимущества Кирлиановской фотографии с современными методами цифровой обработки информации. Регистрация свечения осуществляется с помощью удобного, надежного и мобильного аппаратно-программного ГРВ комплекса. Этот метод прошел клинические испытания, а ГРВ оборудование внесено в государственный реестр медицинской техники и сертифицировано Министерством Здравоохранения и Социального развития РФ. В настоящее время ГРВ метод находит широкое применение в медицине, психологии, спорте, фундаментальных и прикладных исследованиях.

Исходя из вышесказанного, нами были проведены исследования для выявления взаимосвязи между параметрами ГРВ-грамм и мотивационно-

ценностными характеристиками у 121 студента Челябинского Государственного университета в возрасте от 18 до 20 лет. Исследование проводилось на базе лаборатории Клинико-социальной психологии ЧелГУ, были использованы следующие методики: методика диагностики психологического благополучия личности (МДПБЛ). Т.Д. Шевелепкина, П.П. Фесепко (Модификация методики К. Рифф «Шкалы психологического благополучия»). Для выявления значимых ценностей у испытуемых нами были использованы методики «Морфологический тест жизненных ценностей» В.Ф. Сопов Л.В. Карпушина и «Ценностные ориентации» М. Рокич. В качестве критериев методики ГРВ использовались следующие параметры ГРВ: интегральная площадь, интегральная энтропия, симметрия поля и коэффициент активации. Интегральная площадь отражает функциональное состояние организма и меру его адаптации.

Коэффициент активации рассчитывается как разность значений, полученных при регистрации ГРВ-грамм пальцев рук с фильтром и без фильтра. По этому показателю судят о степени вовлеченности данного организма в состояние стресса (психосоматические связи). В целом все данные показатели отражают общие психофизиологические резервы организма.

Полученные данные обработаны методом корреляционного анализа с помощью компьютерной программы SPSS 17.0.

Выявленные значимые корреляции приведены на рис. 1 и рис. 2.

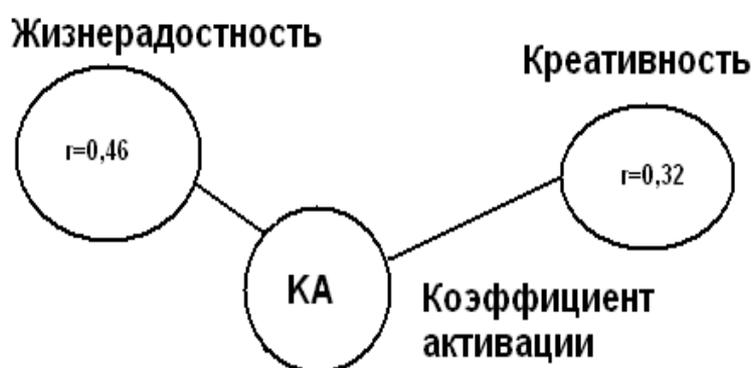


Рис 1. Значимые корреляционные взаимосвязи между показателем коэффициент активации по ГРВ и показателями ценностно-мотивационной сферы

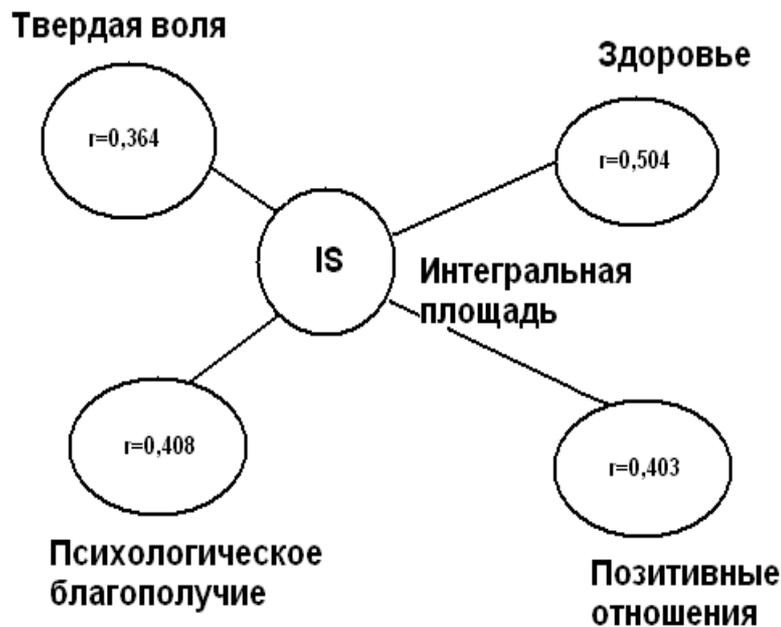


Рис 2. Значимые корреляционные взаимосвязи между показателем интегральная площадь по ГРВ и показателями ценностно-мотивационной сферы

Психофизиологические резервы организма, отражением состояния которых является площадь свечения поля – это не только и не столько физическое состояние органов и систем органов. Авторы [1; 2] считают, что один из главных вопросов, стоящих сегодня перед исследователями – что превалирует в картине кирлиановских излучений – физическая или психическая составляющая? Многие авторы считают, что наибольший вклад в показатели ГРВ-граммы вносит психическая энергия человека. Согласно многочисленным исследованиям ГРВ-граммы молодых, полных сил и не жалующихся на здоровье людей, могут иметь малую площадь засветки, высокую фрактальность, несплошность и разорванность. Тогда как аура некоторых пожилых людей, живущих творческой, духовной жизнью, является яркой, напряженной, сплошной и равномерной, несмотря на физические недомогания [1; 2].

Результаты наших исследований показали, что такие мотивационно-ценностные образования, как твердая воля, доброжелательное и жизнерадостное отношение к окружающим и к миру в целом, удовлетворенность своей жизнью, здоровье как ценность благотворно влияют на поле человека, увеличи-

вая его интегральную площадь, яркость и равномерность. И наоборот: высокие запросы к обществу, неадекватные цели, сопровождающиеся раздражением и агрессией вызывают уменьшение площади ГРВ-граммы, увеличивая его разорванность и энтропию. Таким образом, согласно результатам нашего исследования, становится ясно, что целеустремленные, креативные, доброжелательные люди, имеющие близкие доверительные и позитивные отношения с окружающими, имеют высокую площадь свечения поля, а, значит, и высокий уровень психофизиологических резервов организма.

Литература

1. Коротков К.Г. Основы ГРВ биоэлектрографии. – СПб.: Изд-во СПбГИТМО, 2001. – 360 с.
2. Коротков К.Г., Малышев В.П. Экспресс-диагностика физического и психологического состояния человека с помощью метода газоразрядной визуализации // Сборник материалов научно-практической конференции «Экология, здоровье, безопасность». – СПб., 1998. – С. 12.
3. Смирнов И.В. Психоэкология. – М.: Изд-во МГУ, 2003. – 303 с.
4. Соколова Е.Т. Проективные методы исследования личности: учебное пособие. – М.: МГУ, 1980.-174с.

О.С. Колосова

**ДИАГНОСТИКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
С ПОЗИЦИИ ТЕОРИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СИСТЕМ**

Челябинский государственный университет
г. Челябинск

С позиций теории функциональных систем здоровье человека может быть определено как сбалансированное взаимодействие функциональных систем разного уровня, обеспечивающее оптимальный для жизнедеятельности организма гомеостаз, адаптацию к условиям обитания и достижение социально значимых результатов. Для этого функциональные системы избирательно объединяют различные органы и ткани, комбинации нервных элементов и гуморальных влияний, а также – при необходимости – специальные формы поведения. Именно доминанты, организующиеся в функциональные системы являются посредниками, переводящими физическую среду в физиологическую и затем в психическую [7]. В конечном итоге психика является опосредованной реальностью. Функциональные системы психической деятельности человека строятся на информационной основе идеального отражения человеком его различных эмоциональных состояний и свойств предметов окружающего мира с помощью языковых символов и процессов мышления [3]. Результаты функциональных систем психической деятельности представлены отражением в сознании человека его субъективных переживаний, важнейших понятий, абстрактных представлений о внешних предметах и их отношений, инструкций, знаний. Как отмечает К.В. Анохин [3] в конфликтной ситуации функциональные системы отдельных субъектов начинают работать вразнобой по принципу «спасайся, кто как может». На языке нейрофизиологии это означает, что патологические функциональные системы переходят в автономный режим работы и начинают работать исключительно на себя. Полезный результат для такой патологической функциональной системы не имеет ничего общего с нуждами целостного организма. Согласно мнению Г. Крыжановского [9] они являются самодостаточными программами, не имеющими других целей кроме самосохранения и самовоспроизводства. По мнению авторов, такая патологическая функциональ-

ная система заставляет пациента реализовывать сложные осмысленные формы поведения. Поскольку патологическая функциональная система не имеет других целей кроме поддержания своего существования и самовоспроизводства, все остальные нормальные естественные мотивации, присущие человеку, равно биологические и социальные, будут восприниматься и воспроизводиться ею в весьма искаженном виде. Связующим звеном между психологической и соматической сферой являются эмоциональный фон, выражающийся в определенном состоянии нейро-вегетативной и эндокринной систем. Очевидно, что роль нейрогуморальной регуляции является «несущей» конструкцией всей системы реагирования, которая обеспечивает не только «вегетатику», но и высшую психическую деятельность, преобразование всей совокупности внутренних информационных связей, приводящую к изменению способности реагировать. Социальная адаптация человека определяется как способность его функциональных систем обеспечивать достижение социально значимых результатов. Несмотря на свою дезадаптивность в физиологическом плане, формирующиеся при этом защитные механизмы играют важнейшую роль для сохранения жизни индивида в данной социальной среде. Защитными механизмами при формировании психосоматической патологии является система поведения. По сути, формирование патологической функциональной системы является квинтэссенцией становления так называемого «культурного тела», когда пройдя социально-нормативные трансформации – табуирование, подражание и специальное обучение, – обретает внутренний план регуляции [12]. При этом, как пишет автор: «Метафора Ф. Кафки становится буквальной, и общество «вырезает» свой приговор на теле своей жертвы. Результат этой операции – новая реальность «культурного», содержащая в себе новые возможности и пространство «культурной патологии». На различных уровнях системы интегральной регуляции развиваются патологические процессы и возникают ослабленные или патологические звенья, объединяемые при определенных условиях в единых патологический механизм – патологическую функциональную систему психосоматического заболевания. Сверхактуальные переживания раннего детства, сопровождающиеся

фрустрацией, фиксируется, образуя доминанту, являющуюся функциональным очагом психической патологической импульсации. Для примера можно привести формирование такого широко распространенного заболевания, как гипертоническая болезнь. В большинстве исследований подчеркивается, что для данного феномена имеют большое значение хронически подавляемые агрессивные импульсы, которые всегда связаны с тревогой. Авторами [1] описана совокупность семейных факторов у пациентов с гипертонией. В ответ на фрустрацию раннего детства у индивида есть только один путь сформировать адаптивное поведение. Адаптивное поведение по мнению А.В. Курпатова [7] это такое поведение, когда индивид, осуществляя такое поведение, удовлетворен условиями своего существования, самим собой, другими, окружающим миром (даже при условии его изменений, т.е. заранее готов к этим изменениям). В условиях эмоциональной фрустрации в раннем детском возрасте адаптивное поведение может быть сформировано только в соответствии с установками родителей. Дезадаптивная семья формирует у ребенка адаптивное поведение, которое по своей биологической сути является дезадаптивным. Ребенок может быть доволен собой и им довольны родители только в случае согласия с установками семьи. В семье гипертоников, ребенку с раннего детства не позволено свободно выражать свои агрессивные эмоции. Влияние современного общества еще более усиливает эти тенденции, заложенные в семье. Многочисленными исследованиями доказано, что люди, страдающие эссенциальной гипертонией, живут в состоянии хронического подавления агрессии. Невыраженные агрессивные чувства являются источником постоянной стимуляции сердечно-сосудистой системы; это аналогично ситуации, в которой организм постоянно находился бы в процессе подготовки к сражению, которое никогда не состоится. В анамнестическом исследовании гипертоника обычно выявляется, что в какой-то момент в ходе развития у него произошло достаточно внезапное изменение темперамента. Типична ситуация, когда пациент был весьма агрессивным в ранний период жизни, а затем, через короткий промежуток времени у него сформировалась свехуступчивая, супервежливая покорная установка [1].

С течением времени эти патологические интеграции закрепляются и становятся все более и более устойчивыми. Патологическая система стабилизируется: если вначале ее создавала патологическая детерминанта, то в дальнейшем детерминанта уже может и не участвовать в патологическом процессе, она сыграла свою роль. При этом патологическая система существует, действует, воспроизводится самостоятельно и даже включается в метаболизм организма [3]. С системных позиций можно предположить, что это и есть момент завершения построения патологической функциональной системы, когда поведенческая доминанта объединяется с метаболизмом, наследственной предрасположенностью, характеризующейся неустойчивостью вазомоторной системы. Является ли формирование такой функциональной системы адаптивным? По мнению К.В. Анохина результаты деятельности патологических систем часто утрачивают адаптивное для организма значение. Наоборот, их достижение способствует деструкции организма. Внешним проявлением деятельности патологических систем является формирование патологических синдромов. Итак, на вопрос: является ли данная патологическая система адаптивной можно ответить двояко. Нет, в большинстве случаев патологическая система не является адаптивной, так как она своей деятельностью направлена на деструкцию организма. Да, так как с позиций социальной адаптации данная функциональная система адаптирует индивида к социальной среде, в которой ему приходится существовать. По мнению авторов «патологическая функциональная система» имеет доступ на самые высокие уровни регуляции организма, включая психику и личность. Самосохранение и самовоспроизведение на таком высоком уровне фактически может означать только одно: патологическая функциональная система обладает всеми свойствами не просто разумного существа, но существа с человеческим уровнем интеллекта. Защищать себя подобная система тоже будет на соответствующем уровне и соответствующими способами. Например, она будет активно воздействовать на сознание того, кто попытается причинить ей вред, используя принципы доминирования, контроля и манипулирования. Такое понимание патологической функциональной системы сближает ее с по-

нятием «архетипические защиты», описанные в литературе психоаналитического толка, а также объясняет необычайную устойчивость психосоматической патологии, поддерживаемой патологическими функциональными системами. Архетипические защиты, по мнению авторов [5; 8], с одной стороны способствуют выживанию индивида в сложившихся неблагоприятных социальных условиях, с другой же стороны являются защитой против дальнейшей или повторной травматизации, становятся основным камнем преткновения, сопротивлением для любых спонтанных проявлений «я», направленных во внешний мир. Личность выживает, но не может жить творчески: ее креативность блокирована. Сопротивление, возводимое системой самосохранения в процессе психотерапии психосоматических пациентов – поистине легендарно. Еще в 1920 году Фрейд был потрясен тем, с какой интенсивностью «демоническая» сила некоторых пациентов оказывала сопротивление изменениям, делая обычную работу в психоанализе невозможной. Доминантная функциональная система «выбирает» специально жизненно важные раздражители внешней среды и тем самым надежно направляет организм к цели [11]. По мнению А.Ш. Тхостова «Эмпирическое Я» проявляется на ограничениях, налагаемых на субъекта социальных отношений. Когда субъект идентифицирует себя с той или иной социальной ролью, эта роль как правило, не совпадает с физиологическими потребностями организма. Это несовпадение касается прежде всего «степени свободы, открытого волеизъявления, границе инициации и контроля поступка» [12]. По образному выражению А.А Ухтомского доминанта является вектором поведения. Таким образом, резюмируя все выше сказанное, можно говорить о том, что патологическая функциональная система, формирующаяся при психосоматической патологии, есть самоорганизующаяся и самоподдерживающаяся, чужеродная по отношению к физиологическим потребностям система, направляющая мышление и поведение человека для поддержания у него данной психосоматической патологии.

Учитывая распространенность психосоматической патологии, становится понятным актуальность разработки методов ранней диагностики патологиче-

ских функциональных систем, являющихся стержнем данных заболеваний. Существуют ли в настоящее время методы диагностики и терапии таких патологических функциональных систем? В литературе встречаются единичные публикации по данному вопросу. Разработана радиофизическая модель обработки биоэлектрических сигналов в нейронных сетях и принципиально новый метод нейродинамического кодирования для анализа биоэлектрических сигналов, что на практике доказало возможность построения работающей модели многоуровневой системной нейрогормональной регуляции. В лаборатории К. В. Анохина на основании мультипараметрического анализа определенных функций разработана методика прогноза состояния определенной функциональной системы. Системная архитектура психических актов человека, предложенная П.К. Анохиным, положена в основу технической информационной модели «детектор интеллекта», позволяющей объективно оценивать у испытуемых различные стадии системной организации поведенческой деятельности – афферентный синтез, принятие решения, предвидение и оценку потребных результатов. Однако, несмотря на позитивную направленность подобных подходов, некоторые авторы отмечают и слабые места данного методического приема: множественность анализируемых параметров, громоздкость системы математической обработки и усреднения полученных данных, произвольный выбор параметров, описывающих исследуемую функцию, трудность обязательно одномоментного сбора всех данных и некоторые другие. Перечисленные затруднения делают внедрение данной методологии трудновыполнимой задачей. Кроме того, данный подход на сегодняшний день не имеет даже приблизительных выходов на патологические функциональные системы важнейших психосоматических заболеваний. В связи с тем, что теоретически не разработаны структурные компоненты патологических функциональных систем основных психосоматических заболеваний, современная медицина вынуждена часто прибегать к симптоматической терапии, которая заведомо не в состоянии решить проблему системно. Между тем, по мнению всех авторов, занимающихся данной проблемой, патологическую систему очень трудно лечить. С течением вре-

мени эти патологические интеграции закрепляются и становятся все более и более устойчивыми. Патологическая система стабилизируется: если вначале ее создавала патологическая детерминанта, то в дальнейшем детерминанта уже может и не участвовать в патологическом процессе, она сыграла свою роль, а патологическая система существует, действует, воспроизводится самостоятельно и даже включается в метаболизм организма. Чтобы лечить такие состояния, нужно разрушить именно патологическую систему [3]. Между тем, ранняя диагностика состояния функциональных систем открывает возможность наблюдать и своевременно вмешиваться в процесс формирования патологических функциональных систем задолго до их клинической манифестации в психосоматическое заболевание. Особого внимания в этом плане заслуживает первая стадия формирования патологического процесса. На этой стадии, нарушенные внутри- и межсистемные отношения функциональных систем в организме легко восстанавливаются методами реабилитации: гипнотическим воздействием, массажем, гомеопатией, акупунктурой, тепло-холодовыми процедурами, гипоксией и т. д., позволяющими предупредить переход дисфункций в устойчивую патологическую форму. Нами [6] в течение последних 20 лет разрабатывался новый неинвазивный метод ранней диагностики формирования патологических функциональных систем у детей: метод тепловизионной рефлексодиагностики. Для выявления функционирования тех или иных функциональных систем необходимо оценить прежде систему управления, т.е. систему нейро-эндокринной вегетативной регуляции. Как показали работы П.К. Анохина [2] и К.М. Судакова [10], любая вегетативная функция это голограмма, в которой видны все уровни ее управления и, в конечном счете, весь организм, ибо данная функция всегда лишь элемент общей доминирующей мотивации и доминирующей биологической потребности. Рефлексология – наука об отражении психофизиологического состояния организма в системе биологически активных точек (БАТ) достоверно отражает состояние нейро-эндокринной вегетативной регуляции организма. Известно, что кожа и нервная система имеют общее эктодермальное происхождение и в процессе эволюции кожные покровы оказались функцио-

нально связанными с нервной, гормональной и висцеральными системами. Этот факт неоднократно доказан практикой иглорефлексотерапии, физиотерапии, физиологическими исследованиями. Данная связь выражается в том, что как состояние внутренних органов через их интерорецепторы отражаются на покровах тела, так и состояние экстерорецепторов кожи изменяет состояние внутренних органов и систем. Наиболее разработанной системой связи между кожными покровами и внутренними органами является система точек акупунктуры. По мнению авторов [4] для термографических исследований существенно, что каждая БАТ имеет четкий анатомический ориентир, а также установленную взаимосвязь с определенными внутренними органами и системами органов. Именно, поэтому система координат, принятая в рефлексотерапии обладает наибольшей информативностью о процессах, протекающих в организме человека. Особенно хорошо этот факт доказывает методика тепловизионной рефлексодиагностики. Благодаря методу тепловидения впервые появилась возможность увидеть и зарегистрировать систему БАТ, что явилось значительным шагом в развитии методов рефлексодиагностики [4]. Согласно данным многочисленных исследований акупунктурные точки достоверно отражают информацию о вегетативных регуляторных особенностях данного организма. При этом фиксируются устойчивые термоактивные (гипер или гипотермичные) микрзоны с измененной микроциркуляцией в проекции БАТ. Работая в рамках этого подхода, мы убедились в его перспективности. При диагностике с помощью ИК термографии мы регистрируем сигналы тела в форме устойчивых аномально ИК-активных зон и/или микрзон на покровах организма и далее, интерпретируя их, говорим о состоянии функциональных систем организма. Очень интересным оказался тот факт, что изменение микроциркуляции в проекции определенных БАТ у детей появляется еще в дошкольном возрасте и не сопровождаются развернутой клинической картиной, но полностью повторяет изменения БАТ при определенном психосоматическом заболевании у взрослых. В 78% случаев эта тепловизионная картина совпадает с подобной картиной одного из родственников, страдающих конкретной психосоматической патологи-

ей. При этом данные изменения не характерны для точек местного воздействия, сочувствующих точек, расположенных вдоль позвоночного столба, точек «глашатаев» передней поверхности туловища, расположенных вблизи пораженных органов. Микроциркуляторные изменения в данных БАТ коррелируют со степенью воспалительных или дистрофических изменений корреспондируемых органов. Точки «ключи» чудесных сосудов, Ло-пункты, начальные и конечные БАТ 12 каналов тела регистрируются постоянно и не зависят от остроты заболевания. Согласно авторам, [4] именно эти БАТ являются одними из важнейших слагаемых нейрогормональной-метаболической регуляции организма. По нашему мнению, этот факт отражает, по-видимому, наличие глубоких функциональных сдвигов в состоянии нейро-гормональных механизмов, обуславливающих устойчивую нейрохимическую интеграцию с формированием застойных очагов парабиотического торможения в ЦНС. Наши исследования, проведенные на 815 детях из семей, имеющих различные психосоматические заболевания, показали, что у детей из семей гипертоников формируется не только определенный тип поведения, но и появляются патологические знаки – гипотермические очаги со сниженной микроциркуляцией в тех же БАТ, что и у взрослых с выраженными проявлениями той или иной психосоматической патологии. Подобные изменения нами были зарегистрированы у детей из семей с ишемической болезнью сердца, аллергическими и иммунными заболеваниями. Эти особенности теплового поля сопровождались также достоверными ($p < 0.001$) изменениями в анализах. Так у детей с синдромом термоампутации мизинца и в проекции БАТ канала сердца нами было достоверно выявлено увеличения коэффициента атерогенности липидного профиля в сравнении с контрольной группой без проявления данного термографического синдрома. Учитывая результаты наших исследований, мы сделали предположение, что формирование патологических функциональных систем происходит в раннем детском возрасте и отражается в регулирующей акупунктурной системе определенными термографическими и микроциркуляторными изменениями. При этом методика тепловизионной рефлексодиагностики лишена многих негативных факторов,

присутствующих в многочисленных методиках, основанных на мультипараметрическом изучении биоэлектрических сигналов организма или на изучении электрофизиологических свойств кожи в проекции точек (например, тест Риодораку, метод Фолля). Данные методы изучают нарушение нейрогормонального и вегетативного статуса организма в целом, не указывая на формирование патологической функциональной системы конкретной психосоматической патологии. Методы, основанные на измерении электрофизиологических свойств кожи, изучают, прежде всего, состояние отдельных органов и каналов тела. Кроме того, воздействие электрическим током, пусть даже малых величин, изменяет состояние акупунктурной точки и на самом деле мы наблюдаем не само функциональное состояние точки, а ее реакцию на электрический ток. Это ведет к ошибкам и к слабой воспроизводимости результатов. Таким образом, метод тепловизионной рефлексодиагностики обладает рядом преимуществ по сравнению с вышеуказанными методами: методика исследования функционального состояния акупунктурных точек бесконтактна, т.е. диагностическая аппаратура не воздействует на акупунктурные точки, не требует сложных математических расчетов и интерпретаций, появляется возможность визуального контроля БАТ как во время диагностики, так и во время терапии. Кроме того, тепловизионная методика дает возможность исследовать одновременно функциональное состояние всех акупунктурных точек и всех каналов тела, что и позволяет в конечном итоге говорить о проекциях определенных звеньев патологических функциональных систем, являющихся основой той или иной психосоматической патологии. На основании проведенных нами исследований мы сделали вывод о том, что тепловизионный паттерн БАТ является проекцией многоуровневой патологической функциональной системы, т.е. наследственно запрограммированным аттрактором конкретной психосоматической патологии. Мы предположили также, что тепловизионная рефлексодиагностика может служить методом исследования формирования патологических функциональных систем основных психосоматических заболеваний у детей. Это будет иметь превентивное значение в профилактике данной патологии. В настоящее время

исследования продолжают в плане выявления стереотипов поведения у лиц с измененной системой в проекции БАТ, выявленных методом тепловизионной рефлексодиагностики.

Литература

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352 с.
2. Анохин, П. К. Очерки по физиологии функциональных систем Н., 1975. – 269 с.
3. Анохин К.В. Мозг и разум // «В мире науки». – 2006. – № 6. – С. 65-69.
4. Вогралик В.Г., Вогралик М.В., Голованова Новый метод диагностики болезней. Горький : 1982. – 92 с.
5. Калшед Д. Внутренний мир травмы. Архетипические защиты личного духа. – М.: Академический проект, 2001. – 368 с.
6. Колосова О.С. Термографическая оценка состояния микроциркуляции у детей в норме и патологии. Дисс. д. м. н. – Нижний Новгород, 1997. – 227 с.
7. Курпатов А.В., Аверьянов Г.Г. Руководство по системной поведенческой психотерапии. – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2006. – 576 с.
8. Кристал Д. Интеграция и самоисцеление. Аффект. Травма. Алекситемия. М., Институт общегуманитарных исследований, 2006. – 800 с.
9. Крыжановский Г.Н. Патологические системы в ЦНС // Вестник РАМН. – 2001. – №11. – С. 12-15.
10. Судаков К.В. Системная интеграция функций человека: новые подходы к диагностике и коррекции стрессовых состояний // Вестник РАМН. – 1996. – №6 – С.15-25.
11. Трошин В.Д. Стресс и стрессогенные расстройства: диагностика, лечение, профилактика. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. – 784 с.
12. Тхостов А.Ш. Психология телесности. – М.: Смысл, 2002. – 287 с.

М.С. Ковязина, Д.А. Кузнецова

**ФЕНОМЕН ФИКСИРОВАННОЙ УСТАНОВКИ ПРИ
НАРУШЕНИЯХ МЕЖПОЛУШАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ**

Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова
г. Москва

Исследованию произвольного запоминания в нейропсихологии посвящено не так много работ. До сих пор остаются спорными вопросы о его мозговой организации и преимущественной латерализации.

Одним из путей изучения произвольного запоминания является анализ стереотипов, сложившихся в результате неоднократного повторения определенных действий, например, феномена фиксированной установки Д.Н. Узнадзе. Установка формируется в действии на основе его автоматизации как произвольное запоминание отношения неравенства и вектора отношения неравенства.

В ходе эксперимента было обследовано 4 группы испытуемых: 114 здоровых испытуемых, 30 больных с патологией мозолистого тела различного генеза, 19 больных с поражением правого полушария и 19 больных с поражением левого полушария. Во всех группах испытуемых процедура проведения установки была одинаковой: неравные по объему шары предъявлялись 10 раз подряд без изменения рук. Предъявление шаров испытуемому составляло 2 секунды, между двумя предъявлениями также проходило 2 секунды. На втором этапе производились критические опыты: испытуемому предлагались для сравнения равные по объему шары 20 раз подряд. У 50% испытуемых большой шар вкладывался в правую руку, у 50% – в левую.

При анализе результатов использовалось распределение количества иллюзий среди испытуемых всех выборок, на основании чего выстраивались соответствующие графики. Количество иллюзий в соответствии с нормальным распределением было разделено на следующие группы: 0-2 иллюзии – «очень мало», 3-6 иллюзий – «мало», 7-14 иллюзий – «среднее количество», 15-18 иллюзий – «много», 19-20 иллюзий – «очень много».

Здоровые испытуемые демонстрируют статистически значимо большее количество иллюзий в левой руке. У 69% из них выявляется «среднее количество» иллюзий.

При любой патологии головного мозга разница рук нивелируется за счет увеличения количества иллюзий в правой руке; процент испытуемых со средним количеством иллюзий резко уменьшается (особенно при патологии МТ), и возрастает процент больных, демонстрирующих «очень много» иллюзий.

Согласно выводам Д. Д. Бекоевой (1978), правое полушарие обеспечивает фиксацию следов произвольного запоминания, а левое – стабилизацию. При патологии правого полушария, предполагающей ослабление процессов фиксации, распределение больных по количеству иллюзий сохраняет тенденцию группы здоровых испытуемых, то есть больший процент испытуемых все-таки остается в «среднем количестве». При патологии левой гемисферы, предполагающей ослабление процессов стабилизации, тенденция нормы не сохраняется, то есть больший процент испытуемых демонстрирует «очень много» иллюзий. Аналогичные результаты, только более выраженные, демонстрируют больные с патологией МТ.

Таким образом, феномен фиксированной установки больше связан с процессами стабилизации и зависит от состояния левой гемисферы и доступа к ней.

Эти выводы подтверждаются более детальным анализом фиксированной установки в правой и левой руках в группах патологии. Графики установки в правой руке в группах патологии всегда совпадает с тенденцией двуручных графиков.

Е.А. Куба
**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАЩИТЫ ЛЮДЕЙ ЮНОШЕСКОГО
ВОЗРАСТА С ПСИХОТРАВМИРУЮЩИМ ОПЫТОМ В
АНАМНЕЗЕ**

Челябинский государственный университет
г. Челябинск

Начиная с раннего детства, и в течение всей жизни, в психике человека возникают и развиваются механизмы, традиционно называемые «психологические защиты», «защитные механизмы личности». Эти механизмы как бы предохраняют личность от различного рода отрицательных эмоциональных переживаний и перцепций, способствуют сохранению психологического гомеостаза, стабильности, разрешению внутриличностных конфликтов и протекают на бессознательном и подсознательном психологических уровнях.

Номенклатура защитных механизмов разнообразна и персонально специфична. Нет единства и в терминологии. Но существование защитных механизмов считается экспериментально подтвержденным, наличие не отрицается. Кроме того, они широко используются в теории и практике психологии, психотерапии, психиатрии.

Термин «психологическая защита» со времен З.Фрейда используется для общего обозначения тех способов, которые психика человека использует в конфликте против невыносимых мыслей и эмоций.

Один из концептуальных подходов к психологическим защитам в отечественной психологии, представлен Ф.В. Бассиным. Здесь психологическая защита рассматривается как важнейшая форма реагирования сознания индивида на психическую травму. Другой подход содержится в работах Б.Д. Карвасарского. Он рассматривает психологическую защиту как систему адаптивных реакций личности, направленную на защитное изменение значимости дезадаптивных компонентов отношений – когнитивных, эмоциональных, поведенческих – с целью ослабления их психотравмирующего воздействия на Я – концепцию. По их мнению, этот процесс происходит, как правило, в рамках неосознаваемой деятельности психики с помощью целого ряда механизмов пси-

хологических защит, одни из которых действуют на уровне восприятия (например, вытеснение), другие – на уровне трансформации (искажения) информации (например, рационализация).

Механизмы психологической защиты по своим сущностным проявлением бессознательной психической активности, формирующейся в онтогенезе на основе взаимодействия генотипических свойств с индивидуальным, конкретно-историческим опытом развития личности в определенной социальной среде и культуре, способны усугубить, смягчить или нейтрализовать личностные реакции на эмоционально значимые стимулы. У ребенка каждый механизм вначале формируется для овладения конкретными инстинктивными побуждениями и связан, таким образом, с определенной фазой индивидуального развития. Побудителем формирования защит выступают возникающие в онтогенезе многообразные типы тревоги, типичные для детей. Материнскую заботу можно условно разделить на ряд составляющих: кормление, уход, прижимание к себе, улыбка, теплота и т. п. Если по одной или ряду составляющих ребенок депривуется, то при переходе им определенного порога страдания депривация приводит к замедленному психическому развитию и к образованию защитного поведения [3].

Защитные механизмы ограждают от неудовольствия, исходящего изнутри (внутренние инстинктивные стимулы), и от неудовольствия, источники которого находятся во внешнем мире [2].

Основными защитными механизмами при материнской депривации, как психотравмы являются регрессия [4] и вытеснение [2], также травмированным детям свойственны механизмы компенсации и замещения [3].

Психологическая защита – это способ эмоционально-личностного реагирования на те противоречивые ситуации, которые предстают перед индивидуумом в качестве объективно или субъективно неразрешимых. С помощью психологической защиты регулируется поведение личности в тех ситуациях, когда интенсивность потребности возрастает, а условия ее удовлетворения отсутствуют. Так, К. Роджерс отмечал, что защитные механизмы нужны человеку, ко-

гда его непосредственный опыт расходится с его представлениями о себе. В этот момент бессознательно включаются механизмы, искажающие этот опыт в сознании. Механизмы психологической защиты направлены на сохранение стабильности самооценки личности, образа «Я» и образа мира. Это может достигаться разными путями, например устранением из сознания источников конфликтных переживаний, трансформацией конфликтных переживаний таким образом, чтобы предупредить возникновение конфликта.

Ф.Б. Бассин подчеркивал, что психологическая защита является механизмом функционирования нормальной психики и предупреждает возникновение у индивида разного рода расстройств. Это особая форма психологической активности, реализуемая в виде отдельных приемов переработки информации для сохранения целостности эго. Все механизмы психологической защиты искажают реальность с целью сохранения психологического здоровья и целостности личности. Они формируются первоначально в межличностном отношении, затем становятся внутренними характеристиками человека, т. е. теми или иными защитными формами поведения. Сегодня известно более 20 видов защитных механизмов. Это регрессия, отрицание, рационализация, проекция, ретрофлексия, идентификация, изоляция, сублимация, подавление и др. Несмотря на различия между конкретными видами защит, их функции сходны: они направлены на обеспечение устойчивости и неизменности представлений личности о себе.

«Защиты» представляют собой психические механизмы, служащие для разрешения внутренних конфликтов и переработки болезненных переживаний.

Солнит и Крис считали, что травма не только способствует развитию ригидных защит эго, но такая травма также делает индивида более уязвимым к воздействию шоковой травмы. Таким образом, острая травма разрастается, так как индивид не обладает арсеналом защит, необходимым для гибкой адаптации к вызовам окружающей среды, или от внутренних инстинктивных требований [2].

В обычной жизни любого человека (малыша или взрослого) возникают те или иные эмоционально напряженные и негативные ситуации, переживание которых приводит к различного рода личностным нарушениям, неприятностям,

отрицательным аффектам, деструкции. Когда желания, интересы, потребности человека не могут быть удовлетворены, несмотря на значительные усилия, возникают состояния эмоционального напряжения – стрессы и фрустрации.

Сложные условия становления личности, психофизиологическая и социальная обстановка периода юности порождает необходимость приспособляться к социальной среде и защищаться от ее натиска. Усиление агрессивных импульсов, свойственное как подростковому, так и юношескому возрасту, ведет к снижению толерантности во фрустрирующих ситуациях, что в свою очередь приводит к нарушениям поведения. Следует отметить, что неумение самостоятельно разрешать кризисные ситуации, конфликты также нередко приводит психически здоровых людей к парциальной психической дезадаптации, которая проявляется в субклинических формах, чаще всего в виде неврозоподобных расстройств полиморфной слабовыраженной симптоматикой, которая по данным Ю.А. Александровского встречается в 57% [1].

Важность изучения механизмов психологической защиты особенно возрастает в связи с развитием психотерапии, ее внедрением практически во все области клинической психологии и медицины. Поиск содержательных «мишеней» для психологической коррекции личности и ее патогенных поведенческих стереотипов – одна из наиболее сложных и ответственных задач и психолога и психотерапевта.

Выявление механизмов психологических защит в современных условиях приобретают особую актуальность в связи с задачами сохранения личностного здоровья и первичной профилактики психосоматических заболеваний.

Мы можем предположить, что личность, имеющая психотравмирующий опыт, обладает набором ригидных примитивных защит.

С целью проверки гипотезы нами было обследовано 200 юношей и девушек 17-20 лет.

Для ретроспективного исследования психотравмирующего опыта использовали полуструктурированное интервью для родителей, для исследования психологических защит мы использовали опросник Плутчика.

В ходе исследования мы разделили испытуемых на две группы. В I группе вошли испытуемые, перенесшие различные психотравмирующие ситуации: родовые травмы, длительную разлуку (от нескольких дней до 1 месяца) с матерью, инфекционные и соматические заболевания, скандалы в семье, алкоголизм в семье, тяжелый послеродовой период и болезни матери. Во II группу составили испытуемые без подобного опыта.

Средние показатели психологических защит в двух группах представлены на рисунке 1.

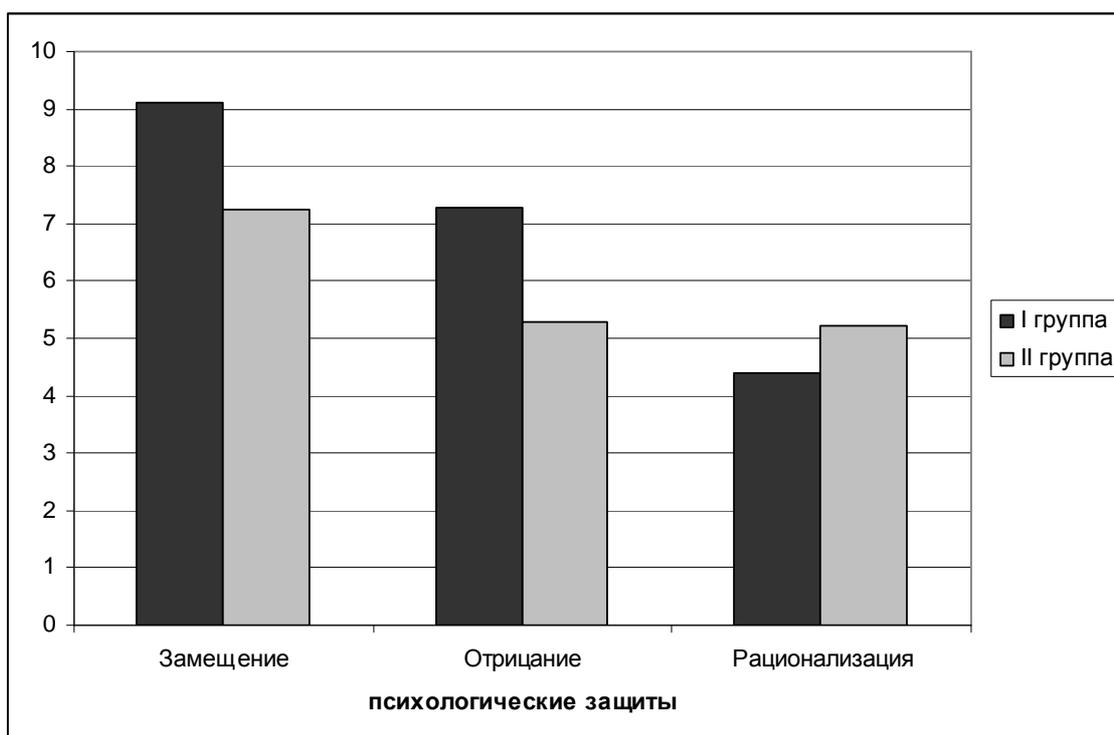


Рис.1 Средние показатели психологических защит в исследуемых группах (группа I – испытуемые, перенесшие различные психотравмирующие ситуации; группа II – испытуемые без психотравмирующего опыта).

У испытуемых I группы среднее значение по шкале «замещение» ($p \leq 0,01$) значительно выше, чем соответствующее значение II группы ($z_{эмп} = 3,2$), также значительно выше среднее значение по шкале «отрицание» ($p \leq 0,01$) чем соответствующее значение II группы ($z_{эмп} = 4,5$).

На уровне значимости ($p \leq 0,01$) среднее значение по шкале «рационализация» в I группе значительно меньше, чем соответствующее значение II группы

($z_{эмп}=2,7$). По остальным видам защит значимых различий между группами не выявлено.

Полученные результаты подтверждают выдвинутое нами предположение, что личность с психотравмирующим опытом обладает набором ригидных примитивных защит, по сравнению лицами без травматического опыта. Преобладание примитивных защитных механизмов приводит к возникновению симптомов психической дезадаптации, не позволяет личности осознавать объективную, истинную ситуацию, адекватно и творчески взаимодействовать с миром.

При этом лица без психотравмирующего опыта наряду с примитивными видами защит используют и зрелые виды защит, а именно – компенсацию, интеллектуализацию, рационализацию, что свидетельствует об эффективном преодолении личностью негативных переживаний. Психотравмирующая информация допускается в сознание, но интерпретируется как бы «безболезненно».

Исследование механизмов защит проводилось в рамках изучения психологических особенностей структуры личности лиц с психотравмирующим опытом. Результаты исследования должны быть основой разработки прицельной специфической или неспецифической профилактики социально-стрессовых расстройств.

Литература

1. Александровский Ю.А. Социально-стрессовые расстройства // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. 1992, №2.
2. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. – Л., 1988.
3. Психология здоровья: Учебник для вузов / Под редакцией Г.С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2003.
4. Лазарус А. Теория стресса и психофизиологические исследования // Эмоциональный стресс / Под. ред. Л. Леви. – М., 2000.

Е.Ю. Лазарева

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ АДАПТИВНОСТИ ЛИЧНОСТИ ПРИ СОМАТИЧЕСКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ

Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова
г. Чебоксары

Психологическая модель адаптивности личности при соматическом заболевании является непосредственным «инструментом» для оценки состояния функционирования индивидуума. Содержание и стратегии оказываемых психокоррекционных и реабилитационных мероприятий во многом определяются полученной структурой психологических особенностей больного.

Для выявления модели адаптивности личности при соматическом заболевании обследованы сердечнососудистые больные в количестве 110 человек. В исследовании использованы методики, определяющие личностные особенности функционирования больных на физическом, эмоциональном, когнитивном, поведенческом и социальном уровнях: методика оценки качества жизни SF-12 [6], оценивающая субъективное ощущение физического и психологического состояния больного, опросник «Запрет на выражение чувств» [5], оценивающий сдержанность эмоций, опросник перфекционизма Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогорова, исследующий устремленность к совершенству и когнитивные искажения, опросник «Стиль саморегуляции поведения» [4], определяющий общий уровень осознанной саморегуляции поведения, опросник социальной поддержки в адаптации А.Б. Холмогоровой, показывающий степень социальной включенности и активности. Характеристики религиозной направленности сознания, диагностировались при помощи опросника «Структура индивидуальной религиозности» Ю.В. Щербатых. Полученные результаты обработаны методами математической статистики.

Исследуемые данные сравнивались с опубликованными нормативными значениями соответствующих характеристик [1,2,3,4,5]. Анализ результатов исследования позволил выявить психологическую модель адаптивности кардиологических больных с учетом многоуровневой структуры функционирования личности.

Психологическая модель адаптивности построена исходя из результатов корреляционного анализа исследуемых психологических особенностей больных. В ней выделены три взаимосвязанных уровня психологических характеристик. Первый уровень представляет оценочное отношение больных к своему физическому и психологическому состоянию, а также оценку степени социального функционирования. Второй уровень составляют психологические особенности личности, взаимосвязанные с субъективной оценкой физического, психологического и социального функционирования. Третий уровень включает «нагруженные» адаптивные/дезадаптивные психологические свойства больных, взаимосвязанные с соответствующими психологическими особенностями личности больных.

Таким образом, оценка физического самочувствия коррелирует ($p < 0,05$) со следующими психологическими особенностями: когнитивные искажения (поляризованное мышление, селективное информирование о собственных неудачах и ошибках с достоверностью $p < 0,001$), социальная включенность (эмоциональная поддержка $p < 0,024$), эмоциональная сдержанность (запрет на проявление страха $p < 0,003$). Им соответствуют психологические особенности, составляющие адаптивные свойства больных: регуляторные процессы (оценка результатов $p < 0,001$), регуляторно-личностные свойства (низкая самостоятельность, ригидность $p < 0,005$).

Оценка социальной активности коррелирует ($p < 0,05$) с устремленностью к совершенству (высокие стандарты деятельности $p < 0,027$), когнитивными искажениями (селективное информирование о собственных неудачах и ошибках $p < 0,001$), регуляторно-личностными свойствами (ригидность $p < 0,001$). Адаптационные свойства выражаются недооценкой социальных ресурсов (низкой удовлетворенностью социальной поддержкой $p < 0,001$), регуляторными процессами (низкая самостоятельность $p < 0,005$, программирование $p < 0,007$, оценка результатов $p < 0,001$), эмоциональной сдержанностью (запрет на проявление радости $p < 0,019$, гнева $p < 0,001$, страха $p < 0,034$), религиозной ритуальностью (отношение к магии $p < 0,016$).

Субъективная оценка больными психологического состояния коррелирует $p < 0,05$ с устремленностью к совершенству (завышенные притязания и требования к себе $p < 0,001$, общий показатель перфекционизма $p < 0,001$), абсолютизмом в мышлении (поляризованное мышление $p < 0,001$), регуляторными процессами (оценка результатов $p < 0,001$), социальной включенностью (эмоциональная поддержка $p < 0,001$). Адаптивные свойства личности – эмоциональная сдержанность (запрет на проявление радости $p < 0,019$, страха $p < 0,034$), регуляторные процессы (планирование $p < 0,001$, программирование $p < 0,007$), регуляторно-личностные свойства (низкая самостоятельность $p < 0,005$, ригидность $p < 0,001$), социальная включенность (низкая удовлетворенность социальной поддержкой $p < 0,001$), религиозная ритуальность (отношение к магии $p < 0,016$).

Анализ полученной модели позволяет оценить структуру личностной адаптивности кардиологических больных.

На физическом уровне функционирования выявлена следующая структура адаптивности: снижение физической активности, продуктивности деятельности, увеличение болевых симптомов неизбежно увеличивают максимализм в мышлении, больные стремятся выполнять как можно лучше, возложенные на них обязанности, несмотря на недостаточную для этого работоспособность и физическую активность. Поэтому они не всегда могут соответствовать завышенным требованиям, предъявляемым к себе. Неудачный опыт выполнения работы способствует накоплению негативной информации о допущенных ошибках. Присутствие сдержанности чувства страха, свидетельствуют о его наиболее частом проявлении в связи с физическими симптомами болезни. Социальная включенность для кардиологических больных представляет, прежде всего, позитивное чувство близости, доверия и общности. Данные психологические особенности больных поддерживаются регулятивными процессами и регуляторно-личностными свойствами. Индивидуальная развитость, адекватность самооценки и устойчивость критериев оценки успешности деятельности, может негативно сказываться на дихотомическом типе мышления кардиологических больных, усиливая его абсолютизм. Низкая самостоятельность вызывает слож-

ности в самостоятельной организации деятельности, что может усиливать чувство страха и поиска сопереживания и сочувствия от близких и знакомых. Неспособность гибко перестраивать планы и программы действий ведет к снижению положительных результатов деятельности, в связи с чем происходит накопление негативного опыта.

Уровень социальной активности имеет следующую структуру адаптивности личности больных: социальная активность проявляется в устремленности к совершенству, больные ориентируются на высокие стандарты деятельности; оценивая себя с этих позиций, они накапливают информацию о собственных неудачах. Они неспособны адекватно перестраивать планы своей деятельности при негативном изменении внешней ситуации. Задействованные адаптивные ресурсы помогают больным адекватно оценивать полученные результаты, продумывать способы своих действий, но у них присутствует неспособность самостоятельно организовать работу. Что также выражается в низкой удовлетворенности социальной поддержкой. Эмоциональная сдержанность воспринимается больными как социально одобряемая норма поведения. В мышлении больных присутствует вера в магическую силу религиозных ритуалов.

Структура адаптивности на психологическом уровне функционирования личности больных представляет собой своеобразный конструкт: влияние эмоционального состояния на выполнение повседневной деятельности, состоящей из завышенных требований, предъявляемых себе, склонности к постановке трудных целей и задач, а также мышления по типу «все или ничего» и социальной включенности, выражающейся в чувстве близости и доверия. Адаптивные свойства проявляются на аффективном уровне в эмоциональной сдержанности. У больных достаточно развиты осознанное планирование деятельности, способность продумывать способы своих действий и поведения для достижения намеченных целей. Но наряду с этим они не могут самостоятельно организовать свою деятельность и гибко перестраивать программы действий в связи с меняющейся ситуацией.

Таким образом, делая выводы по исследованию можно заключить, что у больных кардиологического профиля присутствуют дезадаптивные психологические особенности, которые выявлены почти на всех уровнях функционирования личности. В связи с этим, данные дезадаптивные личностные свойства являются мишенями для проведения психотерапевтических и психопрофилактических мероприятий, сопровождающих лечебный процесс.

Литература

1. Гаранян Н.Г., Юдеева Т.Ю. Структура перфекционизма у пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами // Психологический журнал. 2009. № 6. С. 93-102.
2. Игнатъев Ю.В. Социокультуральные детерминанты психического здоровья этнических меньшинств (на модели немецкого этноса в Республике Казахстан). Дис. ... докт. мед. наук. Алма-Ата, 2008. 261 с.
3. Лазарева Е.Ю., Шарапова Л.А. О некоторых клинико-психологических характеристиках качества жизни здоровой популяции // Сборник научных трудов: Психология человека в условиях мирового финансового кризиса: проблемы, научные исследования, психологическая практика. Чебоксары, 2009. С. 117-121.
4. Моросанова В.И. Опросник «Стиль саморегуляции поведения» (ССПМ). М., 2004. 44 с.
5. Холмогорова А.Б. Теоретические и эмпирические обоснования интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра. Дис. ... докт. психол. наук. – М., 2006. – 465 с.
6. Ware J.E., Jr., Kosinski M., Turner-Bowker D.M., Gandek B. User's Manual for the SF-12 Health Survey with a supplement documenting SF-12 Health Survey). 2002. Lincoln, Quality Metric incorporated. P. 37-42.

В.М. Леонова, Л.В. Харланова, Г.А. Арина
**ОСОБЕННОСТИ ТЕЛЕСНОГО ОПЫТА ПОЛОВОГО
СОЗРЕВАНИЯ У ДЕВУШЕК С ПСИХИЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ**

Московский Государственный Университет имени М.В. Ломоносова
г. Москва

Подростковый возраст является сензитивным периодом для становления идентичности, индивидуальных особенностей переживания своего телесного опыта, отношения к своему телу. В критический момент формирования поло-ролевой идентичности для девушек важную роль играет менархе (начальный период становления менструации), которое является знаком взросления и принадлежности к «женскому». Особенности переживания телесного опыта, сформированные во время полового созревания, играют важную роль в том, как воспринимается телесное женское бытие в дальнейшей жизни, поэтому ценным представляется изучение индивидуальных особенностей переживания телесного опыта в подростковом возрасте и роли различных сфер психики в их формировании.

Мы предположили, что данный телесный опыт будет переживаться различно в норме и при психической патологии, а так же будет иметь типические особенности для больных с различными психическими расстройствами, так как психологическая структура нарушений при них различна.

Нами был исследован индивидуальный опыт переживания менструаций у 40-ка девушек в возрасте от 12-ти до 16-ти лет, то есть, находящихся на этапе начального или продолжающегося полового созревания. 11 испытуемых имели диагноз «расстройство шизофренического спектра», 14 – «психопатия» и 15 составили группу нормы. Мы использовали специально разработанную анкету, направленную на наиболее полное восстановление индивидуального менструального опыта, Цветовой Тест Отношений, опросник «Маскулинность и Фемининность». Проанализировав патопсихологическую картину заболевания у девушек с психическими расстройствами, мы могли сопоставить ее с особенностями переживания ими особого телесного опыта.

Было выявлено, что при психических расстройствах, вне зависимости от их вида, телесный опыт менструации в целом насыщен болевыми и дискомфортными ощущениями больше, чем в норме. При этом оказалось, что эмоциональные особенности больных влияют на особенности переживания ими соматических изменений: так, депрессивное состояние в структуре патопсихологической картины определяет амбивалентность эмоциональной реакции на менархе, а в гипоманиакальном состоянии девушки склонны отмечать более разнообразные, чем в норме, дискомфортные ощущения во время менструации.

У девушек с расстройствами шизофренического спектра, кроме того, менструальный опыт значительно больше окрашен чувством стыда, чем у девушек в норме и при психопатиях. Эта особенность наблюдается в основном у тех больных, которые имеют полоролевою идентификацию по маскулинному типу. Девушки этой группы так же чаще воспринимают менструальную боль, как проявление болезни, а не как нормальное явление. Таким образом, менструальный опыт больше связан для них с темами стыда и болезни.

При психопатиях девушки испытывают меньше страхов, связанных с менструальным опытом, а их эмоциональное и личностно-смысловое отношение к нему чаще несформировано, диффузно, общая дезорганизация эмоциональной сферы ведет к трудностям определения эмоционального отношения и к менструации.

Таким образом, переживание телесного опыта действительно трансформируется при психической патологии в зависимости от вида расстройства. Телесный опыт, в свою очередь, опосредствует становление женской идентичности и может служить базой для ее дисгармоничного развития. Результаты исследования обосновывают необходимость психопрофилактической работы, направленной на телесные аспекты образа Я, с целью гармонизации развития идентичности девушек в подростковом возрасте.

Р.С. Максимов, О.В. Козлова
**ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПОЖИЛЫХ
ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА**

Городская клиническая больница № 1
г. Чебоксары

Введение: Психологическая и социальная реабилитация является важнейшим компонентом в работе мультидисциплинарной бригады.

Задачи психолога в работе первичного сосудистого отделения для лечения ОНМК заключаются в следующем:

1. Работа с больным и родственниками пациента. Применяется индивидуальная программа психологической реабилитации.
2. Работа с персоналом отделения с целью профилактики синдрома профессионального выгорания.

Материалы и методы исследования: В отделении для лечения ОНМК мы оценили психологический статус 202 больных, пролеченных во втором полугодии 2010г. (113 женщин и 89 мужчин), средний возраст пациентов составил 67,2 лет. Оценка психологического статуса проводилась путем опроса больного и его родственников.

Результаты: В ранний период (1й - 3й день заболевания) у пожилого пациента и членов его семьи встречаются различные психопатологические реакции на происходящее. Так, отрицание происходящего выявлено у 46 больных (27%), неадекватная оценка случившегося у 71 (35%), озлобленность на окружающих у 20 (10%), в том числе на медицинский персонал у 17 (9%). Такие деструктивные формы эмоциональных реакций могут спровоцировать депрессию, а также стать причиной снижения активности пациента, что негативно отразится на скорости и качестве восстановления пациента.

С течением времени (5-7 дней) родственники и пациент осознают тяжесть происходящего и адекватно реагируют на вероятность длительного восстановления близкого. Более подробное обсуждение плана восстановления, как показывает практика, необходимо отложить до времени, когда будет ясна степень инвалидизации пожилого больного и пройдет первая отрицательная реакция со

стороны пациента и членов его семьи. Ранняя реабилитация нашим больным начиналась со 2-х суток. Однако детальное обсуждение перспектив мы проводили совместно с врачами мультидисциплинарной бригады в среднем на 4-5-й день от начала заболевания.

Значимые эмоциональные расстройства могут наблюдаться и у лиц с полным или почти полным восстановлением неврологического дефицита. Преобладающими эмоциями в острой стадии инсульта у пациентов пожилого возраста были: страх – 101 человек (50%), горе – 76 пациентов (38%), агрессия – 19 человек (9%), презрение и отвращение к окружающим – 6 больных (3%).

Депрессивная настроенность больного и родственников отрицательно сказываются на восстановлении пациента. Легкая форма депрессии в острой стадии инсульта присутствует у 130 больных (65%), умеренная степень депрессии свойственна 50 больным (25%), выраженная степень депрессии – 20 (10%). Чаще депрессивные реакции встречались у пациентов с поражением лобных и теменных долей недоминантного полушария.

Нами в отделении проводилась психологическая реабилитация пожилых пациентов. Каждый третий пациент пожилого возраста с целью коррекции эмоционального статуса получал фармакологическую терапию.

К выписке пациента показатели деструктивных форм проявления эмоций имеют тенденцию к уменьшению. Мы получили следующие результаты: страх – 47 больных (23%), горе – 43 (21%), гнев и агрессия – у 7 пациентов (4%), презрение и отвращение – у 4 (2%).

Уровень депрессивного фона к моменту выписки пациента также значительно снизился: легкая степень выявлена у 71 больного (37%), умеренная степень депрессии наблюдается у 27 больных (14%), депрессия тяжелой степени у 6 (3%).

Выводы: Психологическая реабилитация необходима пожилым больным с инсультом. Раннее применение психологической реабилитации позволяет улучшить функциональный исход и комплаентность пациента к продолжению лечебно-реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе.

Е.В. Малинина

ПОСЛЕДИПЛОМНАЯ ПОДГОТОВКА ПО ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ ДЛЯ СМЕЖНЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ

Челябинская государственная медицинская академия

г. Челябинск

Детская психиатрия, как самостоятельная отрасль медицины тесно связана со смежными областями различных направлений. Это - педиатрия, неврология, психология, педагогика и др. Полипрофессиональное взаимодействие специалистов отражает мультидисциплинарный подход на уровнях диагностики, терапии и реабилитации детей с проблемами психических (психологических) нарушений. Участие врачей педиатрического профиля, психологов, педагогов, дефектологов в психиатрическом секторе деятельности требует специального образования в этой области. Как показывает опыт работы, одной базовой подготовки данных специалистов в ВУЗах по вопросам детско-подростковой психиатрии оказывается недостаточно. Диагностическая, лечебно-реабилитационная работа в структуре психиатрической службы требует гораздо более дифференцированных знаний в этой области, ставит определенные условия к образованию всех смежных специалистов.

Особое значение в полипрофессиональном взаимодействии специалистов отводится детскому психологу. И здесь необходимы определенные знания закономерностей возрастного психического развития ребенка, знание теории и практики клинической психологии, владение методами психодиагностики (патопсихологической, нейропсихологической, психодиагностики личностных особенностей) нарушений психического развития у детей, владение теоретическими основами и методами психологического консультирования, индивидуальной и групповой психотерапии детей и подростков, семейной психотерапии. Это связано прежде всего с тем, что детский психолог должен заниматься не только диагностикой (экспериментально-психологические исследования) патологических признаков, но и владеть консультативной, психокоррекционной и экспертной работой. Данные виды профессиональной деятельности могут быть использованы в различных сферах. Так в системе здравоохранения это специа-

листы по перинатальной психологии, работающие в женских консультациях (консультирование беременных, работа с несовершеннолетними беременными), психологи детских поликлиник и стационаров (консультирование родителей, раннее выявление проблем в психическом развитии). В системе образования – психологи детских садов, школ и вузов. Большая работа должна проводиться психологами системы социальной защиты населения и системы правоохранительных органов (спец. учреждения воспитательного типа, работа с РОВД по профилактике безнадзорности и т. д.). Акценты психологической деятельности специалистов должны меняться в зависимости от того, в какой системе работает каждый конкретный психолог. Особое значение важно уделять коррекционной работе. Но нужно помнить, что участие психолога в терапии требует специального образования в этой области. Необходимы дифференцированные знания клинической картины, целесообразно получение клинического образования по специальности «клиническая психология». В настоящее время небольшое количество учреждений, осуществляет такую подготовку и в этой связи имеет место дефицит таких квалифицированных кадров. Определенную роль имеет и недостаточная стандартизация программ подготовки, а также отсутствие сертификации профессиональной деятельности детского клинического психолога.

Опыт работы кафедры психиатрии Факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования ЧелГМА показывает, что обучение и тесное сотрудничество со специалистами смежных дисциплин формирует единые подходы и стиль работы в оказании диагностических и лечебных мероприятий, интегрирует усилия всех уровней.

Е.Б. Одерышева

**ПРОФИЛАКТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНО-НЕГАТИВНЫХ
ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ
В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ В ВУЗЕ**

Санкт-Петербургская государственная академия им. И.И. Мечникова
г. Санкт-Петербург

Своевременная оценка и предупреждение развития состояний перенапряжения нервно-психической сферы и адаптационных возможностей личности учащихся является одной из актуальных задач психологической службы вуза.

В развитии различных дезадаптивных явлений, пограничных нервно-психических и психосоматических заболеваний человека, ведущее место занимают проблемы эмоционального стресса, что подтверждается множеством проведенных исследований (Александровский Ю.А., 1976; Р. Лазарус, 1984). Чрезмерная нагрузка на психоэмоциональную сферу личности в процессе обучения в вузе на протяжении длительного времени может приводить к напряжению и перенапряжению регуляторных систем адаптации, что способствует различным повреждениям органов и систем (Баевский Р.С., 1984).

На условия, в которых протекает учебная деятельность, влияют: физические, информационные и эмоциональные перегрузки, ролевые и внутриличностные конфликты. При этом, при одной и той же силе стрессового воздействия качество и сила ответных реакций неодинаковы у разных личностей. Стрессовое событие имеет различное значение для лиц с отличающимися психологическими характеристиками: с определенными свойствами личности, различными доминирующими эмоциональными состояниями, определяющими качество и направленность поведенческого акта в ответ на внешние воздействия. Под влиянием индивидуально-психологических особенностей личности на фоне определенного психического состояния формируются адаптивные или дезадаптивные реакции.

Современное понимание этиопатогенеза нарушений психической адаптации на основе системной биопсихосоциальной модели (Вассерман Л.И., Беребин М.А., 1997) предполагает адекватное использование методов психологической диагностики скрытых эмоциональных нарушений, доминирующих социально-

фрустрирующих факторов и межличностных конфликтов, индивидуальных механизмов переработки стресса и психологической защиты личности.

В последнее время при исследовании стресса все большее внимание уделяется изучению психологических резервов и ресурсов личности при преодолении стресса, в частности понятий: психологической защиты, копинг-поведения и копинг-ресурсов, стрессоустойчивости, жизнестойкости и других характеристик. Вводится множество понятий, интерпретирующих способность человека противостоять стрессу и добиваться успеха в трудных жизненных обстоятельствах: понятие «пассионарности» Л.Н. Гумилева, представление о «личностном адаптационном потенциале» А.Г. Маклакова (2001), включающее следующие характеристики: нервно-психическую устойчивость, уровень развития которой обеспечивает толерантность к стрессу, самооценку личности, являющуюся основой саморегуляции поведения индивидуума и определяющую степень адекватности восприятия окружающих условий и собственных возможностей, наличие социальной поддержки, подтверждающее чувство собственной значимости для окружающих, уровень конфликтности личности, опыт социального общения.

В рамках психологии отношений В.Н. Мясищева (Иовлев Б.В., Карпова Э.Б.) механизмы психологической защиты понимаются как система адаптивных, как правило, неосознаваемых реакций личности, направленная на защитное изменение значимости дезадаптивных компонентов отношений - когнитивного, эмоционального, поведенческого с целью ослабления их психотравмирующего влияния на личность.

Копинг-поведение – это активные, сознательные усилия личности, предпринимаемые для овладения, разрешения трудной, сложной ситуации (Лазарус, 1984), копинг-ресурсы – это относительно стабильные характеристики человека, которые обеспечивают базу, на основе которой формируются копинг-стратегии. Копинг-стратегия разрешения проблем отражает способность человека определять проблему и находить альтернативные решения, эффективно справляться со стрессовыми ситуациями, тем самым способствуя сохранению, как психического, так и физического здоровья (Лазарус, Фолкман; Лазарус

1984). Стрессоустойчивость, или жизнестойкость – это внутренняя опора личности, локус контроля, способность к сотрудничеству, ориентация на действие, выносливость, показатель психического здоровья человека С. Мадди (1994).

Эмоциональный стресс в случае недостаточности личностных ресурсов может приводить к возникновению эмоционально-негативных психических состояний, таких как: тревога, депрессия, астения и враждебность, создающих предпосылки для формирования пограничных нервно-психических расстройств и разнообразных нарушений поведений, в частности, аддиктивного поведения в виде алкоголизма, наркоманий, токсикоманий. Поэтому диагностика и формирование психологических ресурсов и резервов личности становится актуальной проблемой в рамках функционирования психологической службы вуза.

Взаимодействие психологических, физиологических, поведенческих компонентов функционального состояния организма в условиях реализованного адаптивного поведения в стрессовой ситуации изучены с позиции общих реакций организма (общий адаптационный синдром). Однако практически отсутствуют исследования, посвященные изучению целостного адаптивного функционирования личности в условиях стресса, в том числе и профессионального, с учетом всех уровней организации человека: биологического, социального, психологического. Между тем комплексный подход к данной проблеме с учетом всех взаимодействующих факторов, формирующих ответную реакцию на стрессовое событие, отвечает современной парадигме био-психо-социального функционирования человека, разработанной с позиций холистического подхода в медицине и в психологии.

Подобный комплексный подход может служить основой для разработки и конкретизации основных направлений психопрофилактики и психологической коррекции дезадаптивных форм психического реагирования под воздействием стресса, связанного с учебной деятельностью.

Литература

1. Александровский Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация. – М.: Наука, 1976. – 272 с.
2. Lazarus, R.S., Folkman, S. Stress, appraisal and coping. New York, Springer, 1984.
3. Баевский Р.М., Киррилов О.И., Клецкин С.З. Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе. – М.: Наука, 1984. – 221 с.
4. Вассерман Л.И., Беребин М.А. Социальная фрустрированность и ее роль в генезе психической адаптации // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева, 1997, №1.
5. Маклаков А.Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях // Психологический журнал. – 2001. – Т. 22. – № 1. – С. 16-24.
6. Maddi S.R., Khoshaba D.M. Hardiness and Mental Health // Journal of Personality Assessment. – 1994. – Oct. – Vol. 63. – № 2. – P. 265-274.

В.Г. Рагозинская
**ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ
И ИХ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И МИКРОСОЦИАЛЬНЫЕ
КОРРЕЛЯТЫ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**
Челябинский государственный университет
г. Челябинск

Клиническая картина психосоматических расстройств определяется сложными психосоматическими и соматопсихическими влияниями, в которых важную роль играют интенсивные и/или длительные эмоционально-негативные состояния [6]. Последние выступают и как факторы этиопатогенеза психосоматического расстройства, и как реакция на болезнь, дающая начало новому витку «психосоматической спирали». Наиболее неблагоприятное влияние на функции организма оказывают депрессия, тревога, агрессивность и враждебность [7; 12; 14; 17; 20; 21; 23; 26-28; 30]. Соматическое заболевание, в свою очередь, усиливает тяжесть эмоционально-негативных состояний, способствует их хронификации [26], видоизменяет ответ организма на проводимую терапию [13].

Эмоциональные реакции представляют собой эволюционно-обобщенные генерализованные реакции организма, возникающие в ответ на жизненно значимое воздействие как механизм поддержания жизненного процесса в его оптимальных границах [3]. Природа повторяющихся избыточных эмоциональных реакций и сопутствующих им физиологических сдвигов, результирующихся в психосоматическое расстройство, до конца не изучена [7]. Существует множество объяснительных моделей, но ни одна из них не является исчерпывающей.

Нейрофизиологическая модель исходит из представления о том, что эмоциональное поведение детерминировано сложным взаимодействием специализированных мозговых систем, которые в норме призваны обеспечивать адекватный ответ организма на изменения внешней и внутренней среды [11]. Происхождение эмоциональных реакций, не соответствующих по силе и/или по продолжительности вызвавшему их явлению, в русле этого подхода объясняется дисфункцией центральных механизмов регуляции эмоциональных состояний. Однако объяснение с этих позиций происхождения эмоциональных рас-

стройств у лиц, не имеющих выраженных органических или функциональных нарушений центральной нервной системы, затруднено недостаточной изученностью нейрофизиологических механизмов эмоциональных состояний.

По одной из общепризнанных гипотез происхождения эмоциональных и психосоматических расстройств – теории стресса Г. Селье, – в основе этих нарушений лежит дистресс, провоцирующий «срыв» адаптационных механизмов [10]. Согласно концепции алекситимии [29], ограниченность осознания собственных эмоций ведет к гиперкомпенсации на соматическом уровне, что, в свою очередь, способствует усилению и пролонгированию физиологических ответов на негативные воздействия внешней среды, что создает условия для развития психосоматической симптоматики [4]. Однако ни теория стресса, ни концепция алекситимии не объясняют причину возникновения подобных реакций в условиях, не представляющих непосредственной опасности для жизни.

Согласно принципу детерминизма, внешние факторы всегда действуют лишь опосредованно через внутренние условия [9]. Соответственно, оценка личностью жизненных событий как угрожающих и переживание их как психотравмирующих факторов во многом определяется ее внутренними свойствами.

С позиций ряда когнитивных психологов [19; 25] и представителей психодинамического подхода [2; 24], во многих случаях источником устойчивой склонности индивида привычно реагировать эмоционально-негативными состояниями в ситуациях, не несущих объективной угрозы его благополучию, являются имеющиеся у него дисфункциональные когнитивные схемы – негативные базисные убеждения о мире и о себе. Базисные схемы формируются в процессе генерализации личностью эмоционально значимого опыта при взаимодействии с окружающим миром [19]. Первые устойчивые представления о мире и о себе складываются у ребенка на довербальном уровне (в возрасте около семи месяцев) через взаимодействие со значимым взрослым, когда ребенок начинает структурировать собственный опыт, создавая глубинные убеждения о доброжелательности и справедливости окружающего мира, о собственном Я как достойном/недостойном любви и заботы [25]. В дальнейшем восприятие любых

событий жизни преломляется через имеющиеся у индивида базисные убеждения, поскольку обработка всей поступающей информации на их основе предшествует по времени произвольным рациональным процессам [19]. Лица с базисными убеждениями об окружающем мире как враждебном и несправедливым и искаженными базисными убеждениями о значимости собственного Я отличаются низкой устойчивостью к психической травме и низкой успешностью совладания со стрессом [8]. Несмотря на большое количество работ, посвященных исследованию особенностей базисных убеждений у разных категорий испытуемых, взаимосвязь базисных убеждений и эмоционально-негативных состояний у больных психосоматическими заболеваниями мало изучена.

Учитывая вышеизложенное, изучение особенностей эмоционально-негативных состояний, их нейрофизиологических и микросоциальных коррелятов у больных психосоматическими заболеваниями позволит совершенствовать методы профилактики, диагностики и лечения психосоматических расстройств.

Нами обследовано 195 больных психосоматическими заболеваниями (язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, эссенциальная гипертензия, диффузный токсический зоб), в возрасте 20-50 лет и 182 здоровых испытуемых, подобранных с учетом соответствия половозрастным показателям испытуемых клинической группы. Основанием для отнесения заболевания к кругу психосоматических расстройств являлось наличие в анамнезе указаний на связь возникновения заболевания с острой или хронической стрессовой ситуацией. Критериями включения испытуемого в выборку являлось отсутствие неврологических симптомов и органических изменений мозга у испытуемого (по данным ЭЭГ и анализа медицинских карт) и возможность сбора анамнестических сведений о раннем развитии испытуемого у его матери. От всех испытуемых получено добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

В настоящем исследовании мы использовали Шкалу агрессивности STAXI Ч. Спилбергера, Шкалу самооценки тревожности STAI Ч. Спилбергера, Шкалу депрессии В. Зунга, Торонтскую алекситимическую шкалу TAS, Опросник психопатологической симптоматики SCL-90-R, Шкалу базисных убежде-

ний Р. Янофф-Бульман (в адаптации М.А. Падун). Ретроспективное исследование микросоциальных факторов, имевших место в первые годы жизни испытуемого, проводилось путем сбора анамнестических данных у испытуемых и их матерей. Для этого использовалось полуструктурированное интервью, содержащее вопросы относительно событий раннего детства испытуемого, состава и психологического климата семьи в этот период, особенностей ранних взаимоотношений испытуемого с членами семьи и пр.

Для статистической обработки данных применялись факторный анализ (метод максимального правдоподобия с варимакс-вращением), ϕ^* -критерий Фишера, U-критерий Манна-Уитни, корреляционный анализ Пирсона, дисперсионный анализ ANOVA для повторных измерений (с поправкой Greenhouse-Geisser и апостериорным критерием Тьюки).

Нейрофизиологическое исследование включало в себя ЭЭГ и ее спектральный и когерентный анализ. Регистрация ЭЭГ производилась на цифровом электроэнцефалографе «Мицар» с хлорсеребряных электродов. 19 электродов (Fp1, Fp2, F7, F3, Fz, F4, F8, T3, C3, Cz, C4, T4, T5, P3, Pz, P4, T6, O1, O2) располагались по международной схеме 10x20. Использован усредненный монополярный монтаж при полосе пропускания от 1,5 (0,1 с) до 30 Гц. Референтные электроды – ушные. Исследование проводили в первой половине дня в звуко- и светоизолированной камере. Процедура исследования включала регистрацию ЭЭГ в состоянии покоя и при выполнении стандартных функциональных проб.

Предварительный этап обработки полученных данных включал удаление артефактов: электроокулограммы (с помощью метода подавления сигналов электроокулограммы, основанного на разложении многоканальной записи ЭЭГ на компоненты), волн с амплитудой более 150 мкВ, волн с частотой от 0 до 1 Гц и амплитудой выше 30 мкВ, волн с частотой от 20 до 30 Гц с амплитудой 50 мкВ. С целью исключения видимых артефактов, связанных с мышечной активностью и движениями испытуемых, проводился визуальный анализ ЭЭГ. После удаления артефактов производилась математическая обработка ЭЭГ покоя методами спектрального и когерентного анализа. Спектральный анализ проводил-

ся для дельта- (1-4Гц), тета- (4-8 Гц), альфа- (8-12 Гц), бета1- (12-18 Гц), бета2- (18-25 Гц) и гамма-диапазона (25-40 Гц). По всем безартефактным участкам ЭЭГ покоя вычислялся средний спектр для каждого из 19 каналов. Для обеих групп испытуемых были рассчитаны усредненные по частоте показатели спектральной мощности ЭЭГ. Усредненные для каждой группы испытуемых показатели спектральной мощности ЭЭГ от каждого из 19 отведений сравнивались с помощью дисперсионного анализа. Для анализа когерентности устанавливались парные внутри- и межполушарные отношения для каждой пары электродов (всего 136 пар). Показатели когерентности усреднялись по частоте в тех же диапазонах, что и спектры, и сравнивались с помощью дисперсионного анализа.

Сравнение психодиагностических показателей клинической и контрольной групп с помощью U-критерия Манна-Уитни выявило значимые межгрупповые различия по большинству исследуемых параметров базисных убеждений и эмоциональных и психопатологических проявлений. Результаты сравнительного анализа показателей базисных убеждений представлены в таблице 1.

Таблица 1. Сравнительная таблица показателей базисных убеждений больных психосоматическими заболеваниями (ПСЗ) и здоровых испытуемых

Показатели	Среднее значение $\pm \sigma$		$p \leq$
	Здоровые	Больные ПСЗ	
Доброжелательность окружающего мира	33,55 \pm 6,93	30,29 \pm 6,95	0,011
Справедливость окружающего мира	19,08 \pm 4,08	16,16 \pm 4,34	0,001
Контролируемость мира	12,7 \pm 02,23	11,59 \pm 2,06	0,001
Закономерность	14,28 \pm 2,72	13,71 \pm 3,80	0,002
Самоценность	18,83 \pm 3,07	15,55 \pm 3,41	0,001
Способность контролировать ситуацию	16,92 \pm 2,86	14,76 \pm 2,73	0,001
Удача	15,74 \pm 2,85	13,39 \pm 2,56	0,001

Как свидетельствуют данные таблицы 1, больным психосоматическими заболеваниями в значительно меньшей степени, чем здоровым лицам, свойственны убеждения в доброжелательности и справедливости окружающего мира, в закономерности происходящих в нем событий и в контролируемости этих событий кем-либо/чем-либо свыше. Также они в значительно меньшей степени,

чем здоровые лица, убеждены в собственной ценности для окружающих, в своей удачливости и способности управлять событиями собственной жизни.

Результаты сравнительного анализа показателей эмоциональных и психопатологических проявлений у больных психосоматическими заболеваниями (ПСЗ) и здоровых испытуемых представлены в таблице 2.

Таблица 2. Сравнительная таблица показателей эмоционального статуса

Показатели	Среднее значение $\pm \sigma$		p \leq
	Здоровые	Больные ПСЗ	
Реактивная тревожность	38,98 \pm 8,29	45,84 \pm 9,29	0,001
Личностная тревожность	41,06 \pm 7,94	49,45 \pm 9,72	0,001
Алекситимия	59,03 \pm 9,18	68,77 \pm 10,18	0,001
Агрессивность как состояние	10,5 \pm 1,34	11,60 \pm 3,30	0,001
Агрессивность как свойство личности	18,18 \pm 4,58	19,97 \pm 6,15	0,002
Агрессивность в структуре темперамента	7,27 \pm 2,35	7,97 \pm 3,21	0,001
Агрессивность как реакция на события	8,14 \pm 2,37	8,84 \pm 2,67	0,001
Аутоагрессия	13,44 \pm 3,85	15,80 \pm 4,58	0,001
Гетероагрессия	14,69 \pm 3,47	15,73 \pm 4,28	н/д
Контроль агрессии	21,66 \pm 3,98	21,04 \pm 5,14	0,003
Депрессия (шкала Зунге)	35,81 \pm 6,56	41,40 \pm 7,77	0,001
Депрессия (шкала SCL-90-R)	0,60 \pm 0,47	1,15 \pm 0,69	0,001
Соматизация	0,53 \pm 0,16	1,28 \pm 0,67	0,001
Обсессивность-компульсивность	0,64 \pm 0,19	1,27 \pm 0,71	0,001
Межличностная сензитивность	0,66 \pm 0,48	1,19 \pm 0,70	0,001
Тревожность	0,50 \pm 0,41	1,04 \pm 0,71	0,001
Враждебность	0,48 \pm 0,38	1,01 \pm 0,7	0,001
Фобическая тревожность	0,21 \pm 0,24	0,51 \pm 0,51	0,001
Паранойяльность	0,46 \pm 0,44	0,99 \pm 0,70	0,001
Психотизм	0,27 \pm 0,30	0,70 \pm 0,61	0,001
Общий индекс тяжести дистресса	0,50 \pm 0,34	1,11 \pm 1,02	0,001
Индекс симптоматического дистресса	1,32 \pm 0,36	1,74 \pm 0,49	0,001

Данные таблицы 2 свидетельствуют о том, что у больных психосоматическими заболеваниями в сравнении со здоровыми испытуемыми в эмоционально нейтральных условиях психодиагностического исследования значимо выше показатели реактивной тревожности, депрессии, агрессивности как состояния и как реакции на события, аутоагрессии, враждебности. Также у них значимо выше показатели личностной агрессивности, личностной тревожности, алекситимии, склонности к соматизации аффекта, обсессивно-компульсивных проявлений,

межличностной сензитивности, паранойяльности и психотизма. Изложенные результаты дают основание утверждать, что больные психосоматозами склонны к депрессии, тревоге, враждебности и агрессии не только в ситуации реальной угрозы, но и вне ее, и испытывают трудности в изживании негативного аффекта. Для них в большей, чем для здоровых лиц, степени характерны замкнутость, холодность, подозрительность, настороженность в социальных отношениях, конфликтность, раздражительность, неконтролируемые вспышки гнева. Не будучи способными к осознанию и адекватному контролю своих эмоциональных проявлений, они, тем не менее, испытывают дискомфорт от чрезмерной эмоциональной экспрессии других людей, проявляя повышенную чувствительность, ранимость и обидчивость.

По результатам углового преобразования Фишера, в группе больных психосоматозами значимо выше, чем в группе здоровых, доля лиц, рожденных от нежеланной беременности ($p \leq 0.001$), перенесших на первом году жизни травмы ($p \leq 0.002$) и разлуки с матерью ($p \leq 0.001$), значимо выше доля лиц, которые находились на грудном вскармливании менее 6 мес. ($p \leq 0.027$), значимо выше доля лиц, чьи родители ожидали появления ребенка другого пола ($p \leq 0.005$). Таким образом, в раннем анамнезе больных психосоматозами значимо чаще, чем у здоровых лиц, встречаются потенциально психотравмирующие ситуации. Это подтверждает имеющиеся в литературе данные [4].

В результате факторного анализа выделено два общих фактора (суммарная дисперсия 74.8%), описывающих фактор структуру эмоциональных состояний здоровых лиц и больных психосоматозами: фактор тревожно-депрессивных состояний (информативность – 47.2%), включающий депрессию (0.955), межличностную сензитивность (0.788) и тревожность (0.760), и фактор агрессивности (информативность – 27,6%), включающий агрессивность как проявление темперамента (0.915) и агрессивность как свойство личности (0.843).

По данным сравнительного анализа, показатели тревожно-депрессивных состояний у больных психосоматозами значимо выше, чем у здоровых ($p \leq 0.001$), показатели агрессивности значимо не отличаются. При этом показатели тре-

возно-депрессивных состояний и агрессивности значимо выше у лиц, рожденных от нежеланной беременности (при $p \leq 0.001$ для фактора тревожно-депрессивных состояний; при $p \leq 0.034$ для фактора агрессивности); у лиц, чьи родители ожидали появления ребенка другого пола; у испытуемых, перенесших на первом году жизни разлуку с матерью более, чем на сутки; у лиц, получавших грудное вскармливание менее полугода ($p \leq 0.001$ для всех).

Результаты корреляционного анализа показателей базисных убеждений и показателей эмоциональных состояний обнаружили в группе больных психосоматическими заболеваниями большее число статистически значимых связей, чем в группе здоровых. Так, у здоровых испытуемых обнаружены тесные отрицательные корреляции между показателями фактора тревожно-депрессивного состояния и показателями базисных убеждений в доброжелательности мира, в собственной ценности для мира, в собственной способности контролировать события своей жизни (при $p \leq 0.01$ для всех) и в собственной удачливости (при $p \leq 0.05$). Показатели фактора агрессивности у здоровых лиц не образуют значимых корреляций с показателями базисных убеждений.

У больных психосоматозами выявлены тесные отрицательные корреляции между показателями фактора тревожно-депрессивного состояния и показателями базисных убеждений в доброжелательности мира, в контролируемости мира, в собственной ценности для мира, в собственной способности контролировать события своей жизни, в собственной удачливости (при $p \leq 0.01$ для всех), в справедливости мира и в закономерности происходящих в нем событий (при $p \leq 0.05$ для всех). Показатели фактора агрессивности у больных психосоматическими образуют тесные отрицательные корреляции с показателями базисных убеждений контролируемости мира и в самооценности (при $p \leq 0.05$ для всех).

Полученные данные свидетельствуют о том, что к формированию у индивида склонности испытывать отрицательные эмоциональные состояния могут приводить не только объективно тяжелые события детства (потеря родителей, насилие и т.п.), но и такие «условно патогенные» факторы как неспособности ближайшего окружения обеспечить для ребенка атмосферу защищенности, до-

верия, эмоционального резонанса. Это не противоречит существующим в представлениям о значимой роли характера эмоциональных отношений с близкими для эмоционального развития ребенка [4; 16]. Учитывая современные представления о том, что усиленное функционирование нейроэндокринной системы при интенсивных и/или длительных эмоционально-негативных состояниях приводит к дезинтеграции физиологических механизмов, лежащих в основе координированной приспособительной деятельности, и при наличии органа-мишени способствует возникновению психосоматических расстройств [6; 14], можно предположить, что выявленные у больных психосоматозами особенности раннего периода развития и склонность реагировать на психотравмирующие ситуации преимущественно усилением тревоги и депрессии являются одним из звеньев патогенеза психосоматических расстройств.

Результаты дисперсионного анализа показали, что повышение уровня тревожно-депрессивного состояния у здоровых лиц сопровождается значимым снижением показателей мощности в бета1-диапазоне в правой лобно-височной области (в отведении F8 при $p \leq 0,01$) и диффузным разнонаправленным изменением показателей когерентности в бета2-диапазоне (при $p \leq 0,05$). У больных психосоматозами повышение уровня тревожно-депрессивного состояния сопровождается значимым снижением показателей мощности в бета1-диапазоне в правой затылочной области (в O2 при $p \leq 0,05$), глобальным повышением мощности тета-диапазона со значимым повышением в левой префронтальной области (в Fp1 при $p \leq 0,01$), глобальным усилением мощности гамма-диапазона со значимым повышением в билатеральных височных отведениях T3 и T4 (при $p \leq 0,05$), значимым повышением показателей когерентности в бета1- и бета2-диапазонах в правой височно-теменной области (в паре T4T6 при $p \leq 0,01$) и значимым повышением когерентности в дельта-диапазоне между височно-теменными отделами левого полушария и различными отделами правого полушария (в паре F8T5 при $p \leq 0,01$; в паре T5P4 при $p \leq 0,05$), а также между различными отделами правого полушария (в парах F8P4 и T4O2 при $p \leq 0,05$).

В ходе дисперсионного анализа у здоровых лиц с повышенным уровнем агрессивности выявлены разнонаправленные изменения когерентности в гамма-диапазоне (при $p \leq 0,01$). У больных психосоматозами с повышенным уровнем агрессивности выявлено значимое глобальное снижение мощности тета-диапазона с максимумом в билатеральных префронтальных и затылочных отделах (при $p \leq 0,05$) и значимое повышение когерентности в гамма-диапазоне в задних отделах правого полушария (в T6O2 и P4O2 при $p \leq 0,05$). У больных психосоматозами с высоким уровнем агрессивности выявлено значимое повышение мощности тета-диапазона в левой лобно-височной области (при $p \leq 0,05$).

Учитывая современные представления о функциональном значении диапазонов ЭЭГ, выявленные у больных психосоматическими заболеваниями нейрофизиологические корреляты тревожно-депрессивного состояния и агрессивности в целом указывают на гиперактивацию задних отделов правого полушария и свидетельствуют о непрерывной активизации механизмов мотивационного и бдительного внимания [1; 15; 18], выраженной неспецифической эмоциональной активации [22], снижении избирательности функциональной организации корковых областей, генерализации возбуждения коры [5] и рассогласовании высокоинтегрированных нейронных процессов, в норме обеспечивающих когнитивную переработку эмоциональных переживаний [15]. Можно предположить, что процессы непрерывной активации мотивационного и бдительного внимания у больных психосоматозами с повышением тревожно-депрессивного состояния и агрессивности отражают компенсаторный механизм усиления неспецифической активации, повышения бдительности, настороженности, повышения внимания к стимулам и вовлечения дополнительных корковых полей в условиях затрудненной когнитивной оценки эмоционального содержания стимулов, а рассогласование высокоинтегрированных нейронных процессов способствует усилению и пролонгации эмоционально-негативных состояний и сопровождающей их вегетативной активации.

Таким образом, выявленные нейрофизиологические особенности у больных психосоматозами с высоким уровнем тревожно-депрессивного состояния и

агрессивности свидетельствуют о возбуждении вегетативной нервной системы и позволяют предположить наличие у них состояний сверхбдительности и преувеличенной реакции на неожиданные стимулы. На психологическом уровне это проявляется снижением базового доверия к миру, убеждением в собственной малоценности и незащищенности перед его угрозами. Постоянное предвосхищение опасности, как правило, сопровождается нарушением концентрации внимания, его избирательной направленностью на источник предполагаемой угрозы и нарушением процессов переработки информации, что может приводить к генерализации ожидаемой угрозы (когда нейтральные стимулы воспринимаются как предвестники опасности и провоцируют реакцию тревоги, депрессии, агрессии и пр.) и хроническому гипервозбуждению вегетативной нервной системы. Последнее обуславливает облегченный запуск соматических нервных реакций в различных ситуациях, в том числе тех, которые не содержат объективной угрозы для индивида. В сочетании с нарушением процессов переработки экстра- и интрацептивной информации это приводит к тому, что эмоциональные состояния и сопровождающие их физиологические реакции у данного индивида утрачивают свое приспособительное значение. При этом нормальные телесные ощущения индивид может наделять угрожающими смыслами, что создает дополнительный источник его психотравматизации и приводит к образованию нового «витка» в «психосоматической спирали» и образованию вторичных психосоматических и эмоциональных расстройств, усугубляющих клиническую картину основного заболевания и его течение.

Литература

1. Афтанас Л.И., Рева Н.В., Варламов А.А., Павлов С.В., Махнев В.П. Анализ вызванной синхронизации и десинхронизации ЭЭГ при эмоциональной активации у человека: временные и топографические характеристики // Журнал высшей нервной деятельности. – 2003. – Т. 53. – № 4. – С. 485-494.
2. Вайсс Д. Как работает психотерапия: процесс и техника. – М., Независимая фирма «Класс», 1998. – 240 с.

3. Вилюнас В.К. Психология эмоциональных явлений. – М.: МГУ, 1976.
4. Кристал Г. Интеграция и самоисцеление. Аффект, травма, алекситимия. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2006. – 800 с.
5. Мачинская Р.И., Мачинский Н.О., Дерюгина Е.И. Функциональная организация правого и левого полушарий мозга человека при направленном внимании // Физиология человека. – 1992. – Т. 18. – № 6. – С. 77-85.
6. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. – М.: Медпресс-информ, 2002. – 608 с.
7. Охматовская А.В. Психологические особенности враждебности у больных с психосоматическим заболеванием (бронхиальная астма): дис. ... канд. психол. наук. – М., 2001. – 120 с.
8. Падун М.А. Особенности базисных убеждений у лиц, переживших травматический стресс : дис. ... канд. психол. Наук. – М., 2003. – 159 с.
9. Рубинштейн С.Л. Общая психология. – СПб. : Речь, 2007. – 720 с.
10. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. – М.: Медгиз, 1960. – 259 с.
11. Симонов П.В. Эмоциональный мозг. – М.: Наука, 1981. – 216 с.
12. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Козырев В.Н. Психосоматические расстройства // Журнал неврологии и психиатрии. – 1999. – Т. 99, № 4. – С. 4-16.
13. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. – М.: МИА, 2007. – 432 с.
14. Соловьева С.Л. Медицинская психология: новейший справочник практического психолога. – М.: АСТ, 2006. – 575 с.
15. Стрелец В.Б., Данилова Н.Н., Корнилова И.В. Ритмы ЭЭГ и психологические показатели эмоций при реактивной депрессии // Журнал высшей нервной деятельности. – 1997. – Т. 47. – № 1. – С. 11-21.
16. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Эмоциональные расстройства и современная культура на примере соматоформных, депрессивных и тревожных расстройств // Московский психотерапевтический журнал, 1999, № 2, с. 61-90.
17. Barefoot J.C. Symptoms of depression, acute myocardial infarction, and total mortality in a community sample // In: J.C. Barefoot, M. Scholl. Circulation. – 1996. – Vol. 93. – P. 1976-1980.

18. Basar E. et al. Gamma, alpha, delta, and theta oscillations govern cognitive processes // *Int. J. Psychophysiol.* – 2001. – Vol. 39. – P. 241-248.
19. Epstein S. Cognitive experimental self-theory. In L.A. Pervin (Ed.) *Handbook of personality: Theory and research.* New York: Guilford, 1990.
20. Fava M. et al. Cardiovascular risk factors in depression: The role of anxiety and anger // *Psychosomatics.* – 1996. – Vol. 37. – № 1. – P. 31-37.
21. Frasure-Smith N., Lesperance F. Depression and other psychological risks following myocardial infarction // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 60. – № 6. – P. 627-636.
22. Heller W. Neuropsychological mechanisms of individual differences in emotion, personality, and arousal // *Neuropsychology.* – 1993. – Vol. 7. – P. 476-489.
23. Henningsen P.H., Zimmermann T., Sattel H. Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review // *Psychosom. Med.* – 2003. – Vol. 65. – P. 528-533.
24. Horowitz M.J. Person schemas / In: Horowitz M.J. (ed.) *Person schemas and maladaptive interpersonal patterns.* Chicago: Univ. of Chicago Press.
25. Janoff-Bulman R. *Shattered assumptions: Toward a new psychology of trauma.* NY: Free Press, 1992.
26. Jonas B.S., Lando J.F. Negative affect as a prospective risk factor for hypertension // *Psychosomatic Med.* – 2000. – Vol. 62. – P. 188-196.
27. Niaura R. et al. Hostility, the metabolic syndrome, and incident coronary heart disease // *Health Psychology.* – 2002. – Vol. 21. – № 6. – P. 588-593.
28. Perini C. Suppressed aggression accelerates early development of essential hypertension / C. Perini, F.B. Muller, F.R. Buhler // *J. Hypertens.* – 1991. – Vol. 9. – № 6. – P. 499-503.
29. Taylor G.J. Recent developments in alexithymia theory and research / G.J. Taylor // *Can. J. Psychiatry.* – 2000. – Vol. 45. – P. 134-142.
30. Williams R.B.Jr. The health consequences of hostility / R.B.Jr. Williams, J.C. Barefoot, R.B. Shekelle // In: M.A. Chesney, R. Rosenman (eds.) *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders.* – Washington. DC: Hemisphere, 1985. – P. 173-185.

В.Г. Рагозинская
**ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ АКТУАЛЬНОГО
ЭМОЦИОНАЛЬНО-НЕГАТИВНОГО СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Челябинский государственный университет
г. Челябинск

Актуальность данного исследования определяется увеличением частоты психосоматических заболеваний (ПСЗ) в общей структуре заболеваемости населения в последние десятилетия. Ранняя диагностика этих расстройств позволяет своевременно подобрать необходимую и эффективную терапию, сократить сроки госпитализации, достичь существенного экономического эффекта при этом, снижения риска повторных обострений соматических заболеваний и развития социальной дезадаптации. Своевременное выявление ПСЗ затруднено тем, что связь симптомов с осознаваемыми проявлениями психической активности неоднозначна, не всегда очевидна и опосредована малоизученными явлениями бессознательной сферы психики пациента. Алгоритмы клинко-психологической диагностики данной группы заболеваний остаются малоразработанными, что подтверждает актуальность настоящего исследования, цель которого – выявление у больных психосоматическими заболеваниями особенностей структуры эмоциональных состояний, имеющих значение для совершенствования диагностики психосоматических заболеваний.

Обследовано 195 больных психосоматическими заболеваниями (148 женщин и 47 мужчин) 20-50 лет, в том числе 62 больных гипертонической болезнью (ГБ), 65 – диффузным токсическим зобом (ДТЗ), 68 – язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБ). Контрольную группу составили 182 здоровых испытуемых (140 женщин и 42 мужчины), подобранных с учетом требования соответствия половозрастным показателям испытуемых клинической группы.

Оценка эмоциональных состояний осуществлялась с помощью методик «Шкала депрессии» В. Зунга, «Шкала тревожности» и «Шкала агрессивности» Ч. Спилбергера, «Опросник выраженности психопатологических симптомов».

Для математико-статистического анализа результатов применялись корреляционный анализ Спирмена и алгоритмы факторного анализа (метод максимального правдоподобия с варимакс-вращением).

Значимые корреляционные связи, выявленные между психодиагностическими показателями больных психосоматическими заболеваниями, представлены на рисунке 1. Значимые корреляционные связи, выявленные между психодиагностическими показателями здоровых лиц, представлены на рисунке 2.

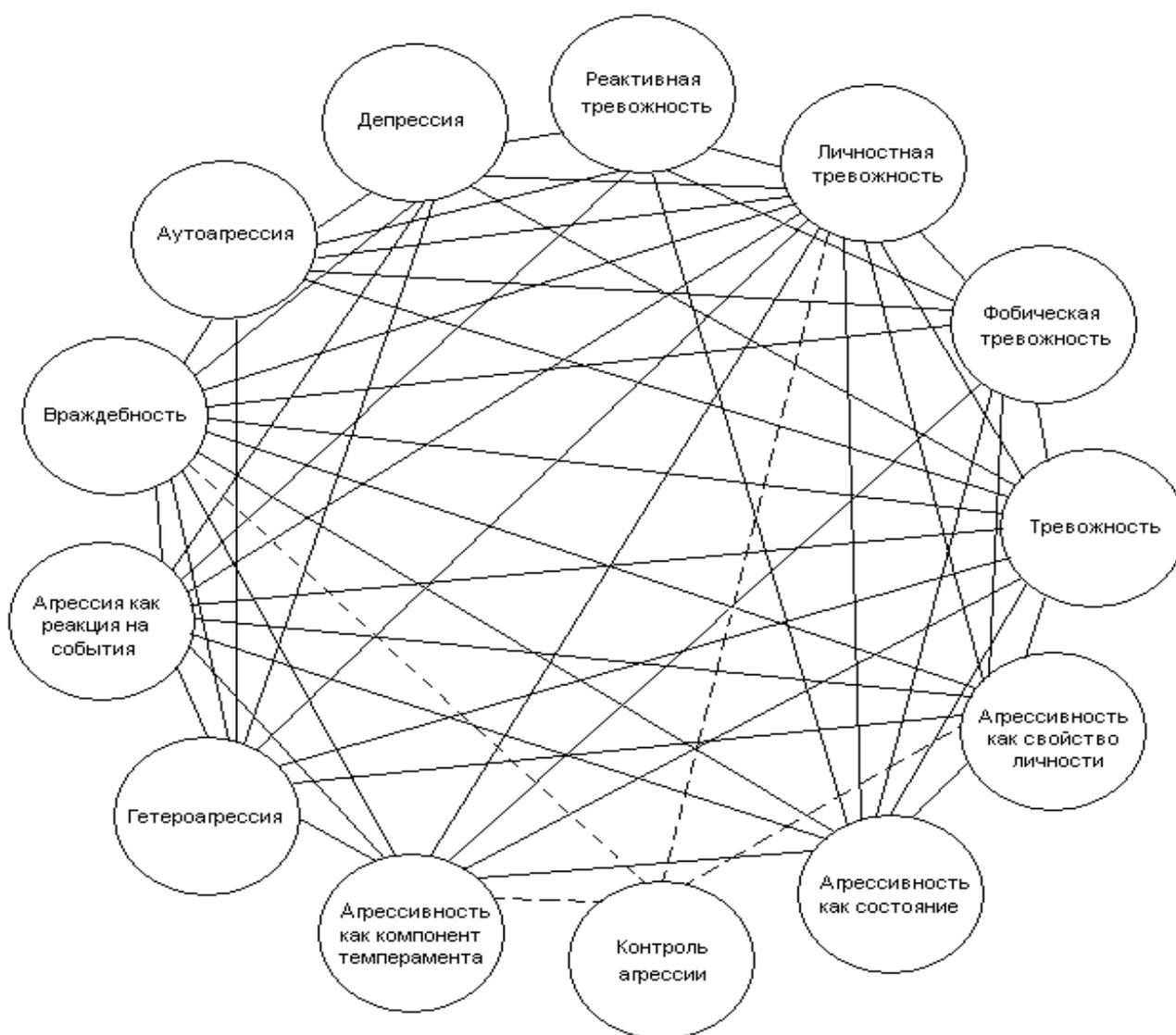


Рис. 1. Значимые корреляционные связи психодиагностических показателей у больных психосоматическими заболеваниями. Сплошными линиями показаны значимые положительные связи (при $p \leq 0,01$), пунктирными линиями – значимые отрицательные связи (при $p \leq 0,01$).

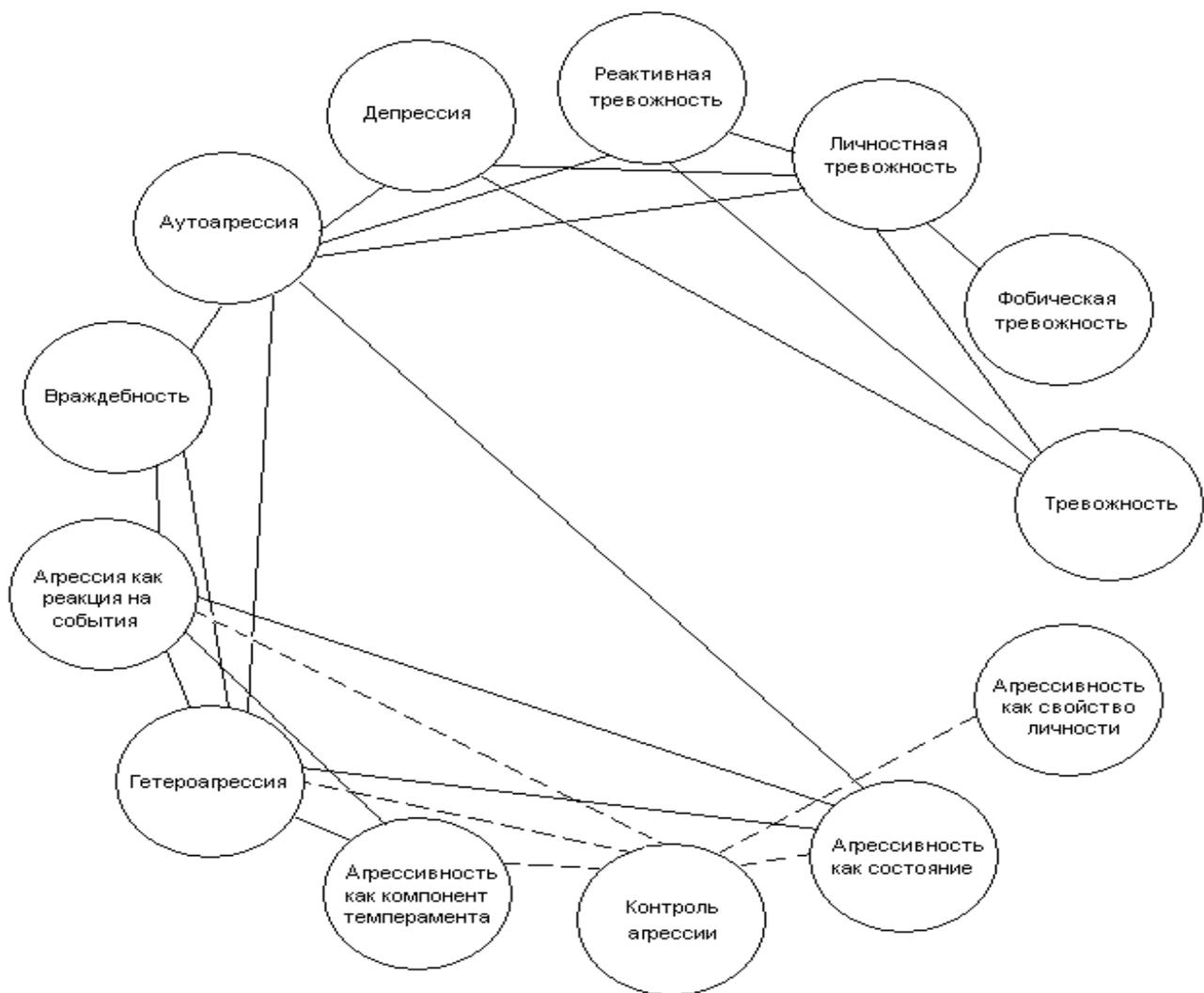


Рис. 2. Корреляционные связи психодиагностических показателей здоровых испытуемых. Сплошными линиями показаны значимые положительные связи (при $p \leq 0,01$), пунктирными линиями – значимые отрицательные связи (при $p \leq 0,01$).

Сравнение корреляционных матриц, представленных на рис. 1 и 2, показали, что структура эмоциональных состояний при ПСЗ образована большим, чем у здоровых лиц, числом взаимосвязанных переменных. При этом в структуре эмоциональных состояний больных ПСЗ доминируют личностная и реактивная тревожность, алекситимия, депрессия, гетероагрессия и аутоагрессия, образующие наибольшее число значимых корреляций с различными эмоциональными проявлениями, тогда как в контрольной группе по числу связей лидируют аутоагрессия, личностная тревожность, агрессивность как реакция и контроль агрессии. Также межгрупповые различия проявляются в степени тесноты и характере связей между отдельными показателями агрессивности и тре-

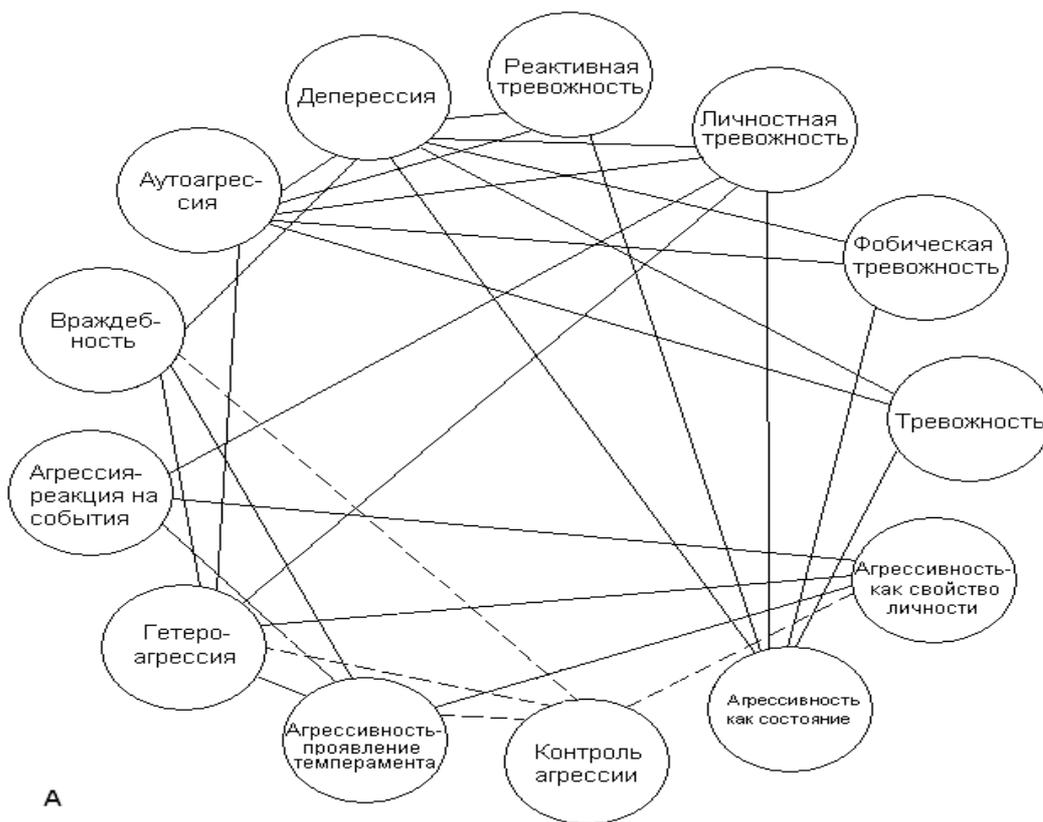
возно-депрессивного спектра: у здоровых испытуемых эти показатели образуют две самостоятельные группы, не связанные друг с другом значимыми корреляциями, тогда как у больных ПСЗ они связаны друг с другом большим числом значимых прямых связей. Выявленные межгрупповые различия в соотношениях тревожно-депрессивных и агрессивных проявлений не противоречат данным других авторов, показавшим, что тревожность, депрессия и агрессия связаны друг с другом ортогональными зависимостями и между ними возможны различные виды взаимосвязи [1; 18; 19]. Их сочетание у больных ПСЗ может являться отражением внутреннего конфликта между двумя противоположными тенденциями гипер- и гипостенического типов реагирования [8].

Также тесные взаимоотношения между проявлениями агрессивности и тревожно-депрессивного спектра у больных ПСЗ могут указывать на явления раздражительной слабости, возникающей на фоне соматопсихических и психосоматических влияний и отличного от здоровых испытуемых повседневного опыта, связанного с имеющимся психосоматическим страданием [9]. В пользу последнего предположения свидетельствуют качественные различия связей соматизации с эмоциональными проявлениями у испытуемых двух групп: у здоровых испытуемых соматизация связана с личностной и реактивной тревожностью, депрессией, аутоагрессией, у больных ПСЗ, помимо указанных факторов, она связана также с агрессивностью как проявлением темперамента, враждебностью, паранойяльностью и алекситимией. Это позволяет предположить, что значительно выраженные у больных ПСЗ психопатологические проявления (подозрительность и враждебность) и алекситимия, затрудняющая распознавание эмоциональных состояний окружающих, создают благоприятный фон для развития оборонительного поведения по типу раздражительной слабости и способствуют значительному усилению взаимосвязанных агрессивных и тревожно-депрессивных проявлений в структуре эмоциональных состояний. Подобное предположение не противоречит имеющимся в литературе данным о связи агрессивности с алекситимией и психопатологической симптоматикой при депрессивных расстройствах [1]. В то же время, учитывая, что эмоциональные

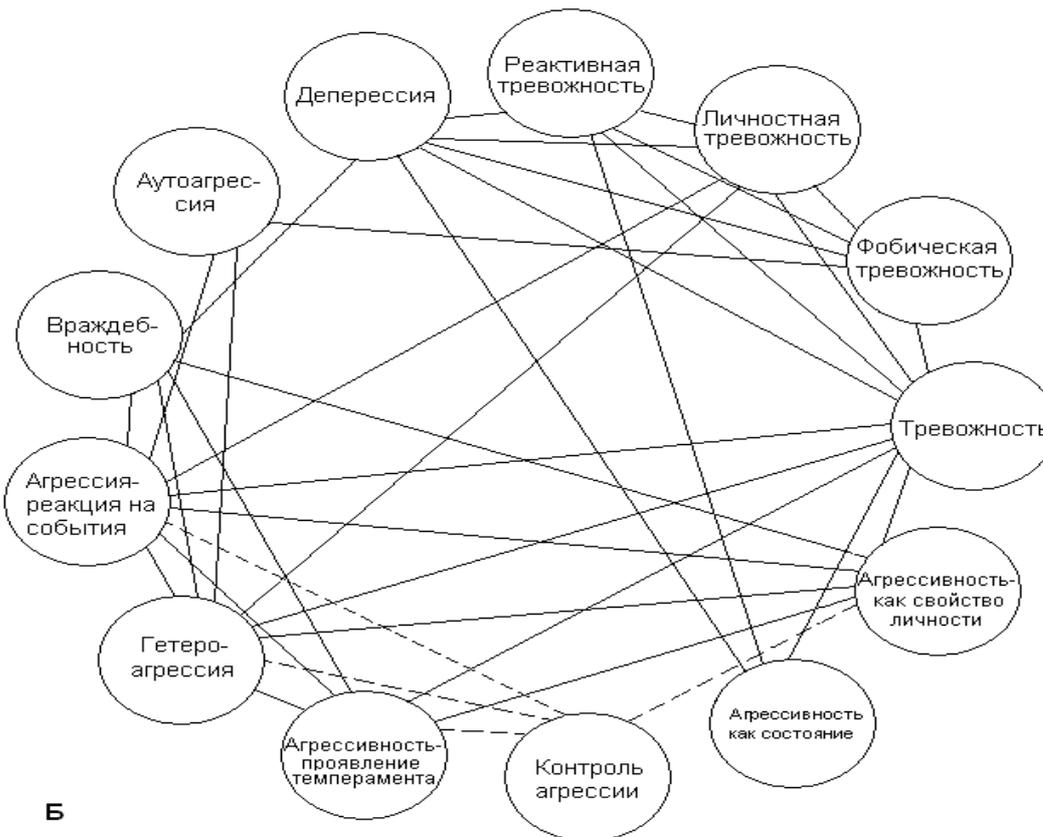
показатели, подвергшиеся анализу, представляют собой данные субъективных самоотчетов испытуемых, можно предположить, что тесная взаимосвязь трех основных проявлений негативной аффективности в структуре эмоциональных состояний больных ПСЗ также может объясняться свойственными этим пациентам низкой рефлексией своих эмоциональных переживаний, неспособностью к их тонкой дифференциации, алекситимией и сужением словаря эмоционального опыта [7; 22].

Наряду с этим представляется вероятным, что выявленные особенности обусловлены различием механизмов возникновения и развития эмоциональных состояний у здоровых лиц и больных ПСЗ. У здоровых лиц агрессивность, тревожность и депрессия могут являться относительно самостоятельными эмоциональными проявлениями, что не исключает возможности их сочетания у индивида [13], у больных ПСЗ могут иметь единую нейробиологическую природу, что не противоречит представлениям ряда авторов. Так, согласно гипотезе Н.М. van Praag [11] о CeTA-депрессии (подтипе «провоцируемой стрессом, индуцируемой кортизолом, связанной с серотонином тревожно-агрессивной депрессии»), взаимосвязанность трех основных проявлений негативной аффективности может быть обусловлена определенным соотношением серотонина, норадреналина, кортизола и ацетилхолина.

Схемы значимых корреляционных связей в отдельных нозологических группах представлены на рис. 3А, Б и В. Сравнительный анализ корреляционных матриц психодиагностических показателей отдельных нозологических групп, показал, что выявленные в общей выборке больных ПСЗ особенности взаимосвязей отдельных компонентов в структуре эмоциональных состояний (большее, чем у здоровых испытуемых, число взаимосвязанных переменных и, прежде всего, тесная взаимосвязь агрессивности и тревожно-депрессивных проявлений) справедливы и для каждой из нозологических групп в отдельности.



А



Б

Рис.3А,Б. Корреляционные связи психодиагностических показателей в группах больных гипертонической болезнью (А) и диффузным токсическим зобом (Б). Сплошными линиями показаны значимые положительные корреляционные связи ($p \leq 0,01$), пунктирными линиями – значимые отрицательные связи ($p \leq 0,01$).

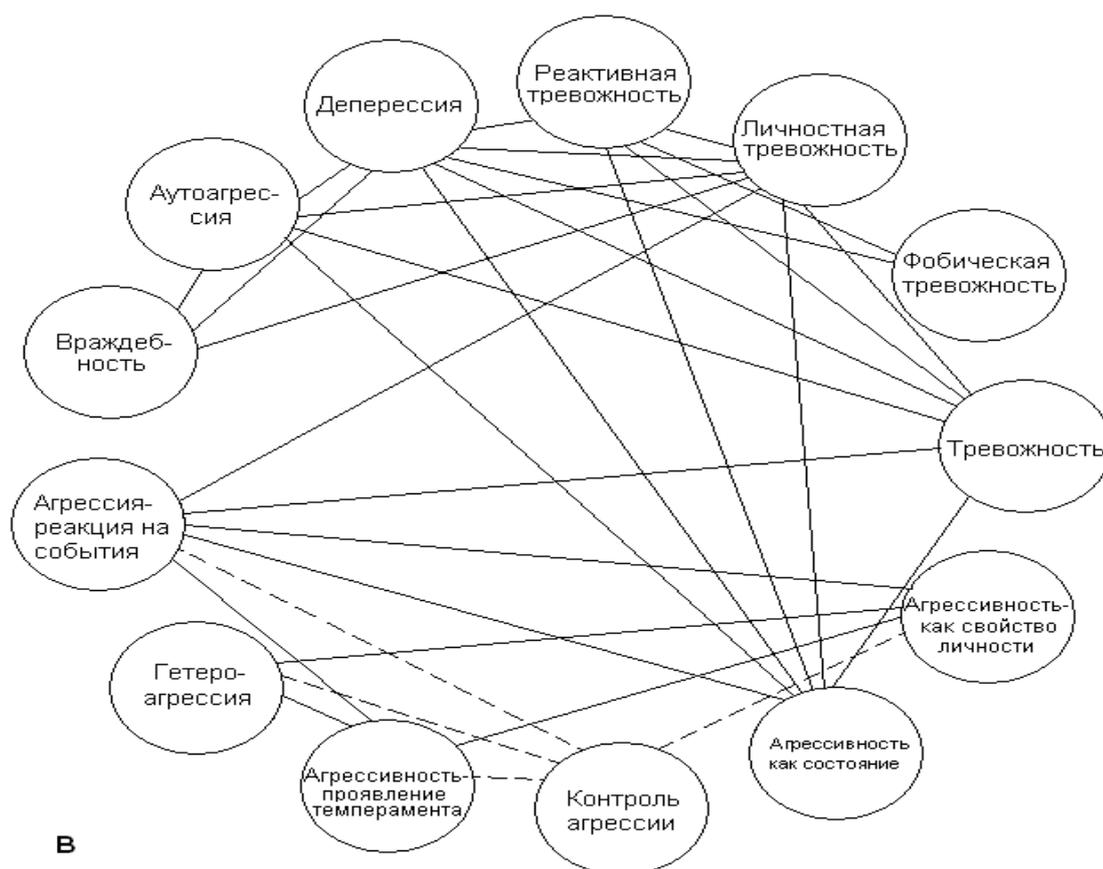


Рис.3В. Корреляционные связи психодиагностических показателей в группах больных язвенной болезнью. Сплошными линиями показаны значимые положительные корреляционные связи ($p \leq 0,01$), пунктирными линиями – значимые отрицательные связи ($p \leq 0,01$).

Выявленная в настоящем исследовании у больных ГБ, ЯБ и ДТЗ тесная взаимосвязь между показателями агрессивности и тревожно-депрессивного спектра может отражать присутствие им интрапсихические конфликты: у больных ГБ – конфликт между желанием открыто выразить враждебность при одновременной потребности в пассивном и адаптированном поведении, у больных ЯБ – конфликт между желанием зависимости и настойчивой самостоятельностью, у больных ДТЗ – выраженная сознательная ответственность, подавляемая чувством страха [2; 6; 8]. Таким образом, согласно результатам корреляционного анализа, у здоровых испытуемых тревожно-депрессивные и агрессивные реакции возникают относительно изолированно друг от друга, тогда как у больных ПСЗ (вне зависимости от нозологической принадлежности) они взаимосвязаны и усиливают друг друга, поэтому появление одной из них облегчает

возникновение других (так, появление тревоги облегчает возникновение враждебности, гетеро- и аутоагрессии, депрессии), что свидетельствует о низкой дифференцированности эмоциональных состояний у больных ПСЗ и об ограничении их репертуара эмоционального реагирования.

Согласно результатам факторизации, структура эмоциональных состояний в каждой из исследуемых групп имеет специфические особенности. Так, в группе здоровых лиц структуру эмоционального состояния определяют два фактора, суммарно охватывающие 64% дисперсии показателей. Фактор 1 (35%) объединил агрессивность как свойство личности (0,931), агрессивность как реакцию (0,863) и гетероагрессию (0,698). Фактор 2 (29%) объединил депрессию (0,872), реактивную тревожность (0,708) и личностную тревожность (0,686).

В группе больных ГБ выделено два фактора общей информативностью 79%: Фактор 1 (44,3%) объединил депрессию (0,879), межличностную сензитивность (0,832) и обсессивно-компульсивные проявления (0,829), Фактор 2 (34,7%) – агрессивность как свойство личности (0,967) и агрессивность как компонент в структуре темперамента (0,853).

В группе больных ДТЗ выделено два фактора информативностью 78,2%: Фактор 1 (43,3%) объединил межличностную сензитивность (0,934), депрессию (0,810) и психотизм (0,807), Фактор 2 (33,8%) – агрессивность как проявление темперамента (0,934) и агрессивность как свойство личности (0,871).

В группе больных ЯБ выделено два фактора общей информативностью 77,5 %: Фактор 1 (40,1%) объединил обсессивно-компульсивные проявления (0,976), депрессию (0,844) и межличностную сензитивность (0,834), Фактор 2 (37,4%) – агрессивность как свойство личности (0,997), агрессивность как проявление темперамента (0,838) и агрессивность как реакцию на события (0,724).

Таким образом, по результатам факторного анализа общие тенденции в формировании различных значений по ряду многочисленных показателей эмоционального состояния в каждой из исследуемых группах определяют два общих фактора – фактор агрессивности и фактор депрессивных проявлений. Однако исследуемые группы различаются по значимости выявленных факторов: во всех нозологических группах наиболее информативны факторы депрессив-

ных проявлений, у здоровых лиц – фактор агрессивности. Также различается содержание выявленных факторов. Так, депрессивные реакции в структуре эмоциональных состояний здоровых лиц образуют устойчивые конstellации с тревожностью (реактивной и личностной), у больных психосоматическими заболеваниями – с межличностной сензитивностью, что указывает, с одной стороны, на их центральное положение в структуре эмоциональных состояний больных всех исследуемых групп, а с другой – на вероятную общность их патогенетических механизмов. Тревожность в структуре эмоциональных состояний здоровых лиц может свидетельствовать о том, что реакции здоровых на стресс не выходят за пределы фазы тревоги, тогда как межличностная сензитивность, преобладающая в структуре эмоциональных состояний больных психосоматическими заболеваниями, вероятно, отражает истощение приспособительных возможностей организма (фаза истощения, по Г. Селье [12]).

Агрессивность как свойство личности в составе фактора агрессивности во всех нозологических группах образует устойчивую конstellацию с агрессивностью как проявлением темперамента, тогда как у здоровых испытуемых – с агрессией как реакцией на ситуацию и гетероагрессией. Уместно предположить, что агрессивность психосоматических больных в значительной мере определяется конституциональными факторами и мотивацией нападения, тогда как у здоровых лиц она направляется как мотивацией нападения, так и мотивацией защиты, и проецируется преимущественно вовне.

Таким образом, полученные с помощью факторного анализа структуры трех нозологических групп во многом сходны, однако обнаружены и некоторые различия, которые на наш взгляд, имеют принципиальное значение. Так, у больных гипертонической болезнью и язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки депрессия и межличностная сензитивность объединены в отдельный симптомокомплекс с обсессивно-компульсивными реакциями, тогда как у больных диффузным токсическим зобом – с психотическими проявлениями.

Полученные данные согласуются с имеющимися представлениями об особенностях эмоциональной сферы больных гипертонической болезнью, диффузным токсическим зобом и язвенной болезнью желудка и 12-перстной киш-

ки. В частности, факторам агрессивности и обсессивной депрессии, играющим, по результатам нашего исследования, роль ключевых компонентов в структуре эмоциональных состояний при гипертонической болезни и язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, другие авторы также отводят центральное положение в психосоматических соотношениях при данных заболеваниях. Так, личностный профиль больных гипертонической болезнью описывают как агрессивно-компульсивный тип [21] и «сизифов тип» [19], отмечая постоянное стремление к достижению поставленной цели, настойчивость в соревнованиях, стремление к признанию и продвижению, к ускорению жизненного темпа, крайнюю степень подавления внутренних побуждений, отсутствие удовлетворения от завершения работы и неумение отдыхать, что приводит к постоянному эмоциональному напряжению, нарастанию агрессивности и враждебности [8].

Для больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки также характерны обсессивно-депрессивные черты, компульсивное следование нормам и предписаниям, впоследствии усиливающееся ввиду необходимости соблюдать определенный режим лечения и приема пищи при данном заболевании, невыдержанность, нетерпеливость, раздражительность, вспыльчивость, гневливость, склонность к пониженному настроению и депрессиям, чувствительность, раздражительная слабость, которая со временем становится привычной формой реагирования, стойкой особенностью поведения больных [2; 3; 8]. Описан тип личности язвенного больного с «неврозом характера» – с компульсивно-депрессивными чертами и тенденцией к постоянному «рассеиванию» агрессивного напряжения на окружающих [3; 14]. Учитывая, что при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки в состав фактора агрессивности наряду с показателями проактивной агрессии (агрессивность как свойство личности и агрессивность как проявление темперамента) входят показатели агрессивности как реакции на события, уместно предположить, что у больных ЯБ повышенная агрессивность может направляться мотивацией защиты и мотивацией нападения, тогда как у больных гипертонической болезнью и диффузным токсическим зобом доминирует мотивация нападения.

Что касается особенностей эмоциональной сферы больных диффузным токсическим зобом, то, согласно данным настоящего исследования, согласованный характер изменений различных показателей в структуре эмоциональных состояний этих больных определяют психотическая депрессия и нерезко выраженная проактивная агрессивность, которые, по данным различных авторов [8; 10; 15], наиболее часто отмечаются при нарастании патологического процесса и формировании психоэндокринного синдрома.

Учитывая результаты настоящего исследования, при обследовании больных с соматическими жалобами клинический метод может быть дополнен клинико-психологическим методом (с определением уровней тревожности, депрессии, агрессивности, враждебности и анализом характера взаимосвязей между ними), что позволяет повысить точность диагностики психосоматических заболеваний, своевременно проводить профилактические и реабилитационные мероприятия, предотвращать трудовые потери и инвалидизацию.

Литература

1. Абрамова А.А. Агрессивность при депрессивных расстройствах: Дисс. ... канд. психол. наук. – М., 2005. – 152 с.
2. Александер Ф. Психосоматическая медицина: Принципы и практическое применение: пер. с англ. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352 с.
3. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина / Пер. с нем. Г.А. Обухова, А.В. Брунека. – М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. – 380 с.
4. Губачев Ю.М., Жужжанов О.Т., Симаненков В.И. Психосоматические аспекты язвенной болезни. – Алма-Ата: Казахстан, 1990. – 215 с.
5. Губачев Ю.М, Стабровский Е.М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. – Л.: Медицина, 1981. – 216 с.
6. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия: пер. с англ.: в 2 т. – М.: Медицина, 2002. – Т.1. – 672 с.
7. Кристал Г. Интеграция и самоисцеление. Аффект, травма, алекситимия. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2006. – 800 с.

8. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. – М.: МЕДпресс-Информ, 2002. – 608 с.
9. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику: психологическое исследование. – М.: Изд-во МГУ, 1987. – 168 с.
10. Орловская Д.Д. Психические расстройства при эндокринных заболеваниях // Руководство по психиатрии / под ред. А.В. Снежневского. – М.: Медицина. 1983. – Т. 2. – С. 176-212.
11. Прааг Х. М., ван Взаимосвязь депрессии, агрессии и тревожных расстройств: биологическая гипотеза // Журнал медицинской информации и медицинских связей. 1994. – Т.16., № 1. – С. 9-15.
12. Селье Г. Стресс без дисстресса. – М.: Прогресс, 1979. – 124 с.
13. Смулевич А.Б. Психосоматическая медицина // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – № 1. – С. 3-10.
14. Соловьева С.Л. Медицинская психология: новейший справочник практического психолога. – М.: АСТ, 2006. – 575 с.
15. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. – М.: Медицина, 1986. – 384 с.
16. Циммерман Я.С., Белоусов Ф.В. Психосоматическая медицина и проблема язвенной болезни // Клиническая медицина. – 1999. – № 8. – С. 9-15.
17. Шхвацабая И.К., Зайцев В.П., Айвазян Т.А. Особенности личности больных гипертонической болезнью // Кардиология. – 1980. – № 5. – С. 37-41.
18. Barratt E.B. Anxiety and impulsiveness: toward a neuropsychological model / E.B. Barratt // Current Trends in Theory and Research / Ed. Spielberger C.D. New York: Acad. Press. – 1972. – Vol. 1. – P. 195-222.
19. Clement Y., Chapouthier G. Biological basis of anxiety // Neurosci. Biobehav. Rev. – 1998. – Vol. 22. – № 5. – P. 623-633.
20. Dunbar F. Emotions and bodily changes. – New York: Columbia University Press, 1954. – 192 pp.
21. Friedman M., Rosenman R.H. Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings // JAMA. – 1959, Vol.169. – P. 1286-1296.
22. Taylor G.J. Recent developments in alexithymia theory and research / G.J. Taylor // Can. J. Psychiatry. – 2000. – Vol. 45. – P. 134-142.

С.Л. Соловьева
**ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ
ПАЦИЕНТОВ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ**

Санкт-Петербургская государственная медицинская академия
им. И.И. Мечникова
г. Санкт-Петербург

Современная клиническая психология активно интегрируется сегодня не только в психиатрическую и неврологическую клиники, но также и в клинику внутренних болезней. Психолог, изучая пациентов различной нозологической принадлежности, взаимодействует с врачами различных специальностей, взаимопонимание с которыми возможно при наличии не столько общей терминологии, но прежде всего при сходстве теоретико-методологических подходов в изучении пациентов, определяющих конкретные методики исследования. Формирующаяся методология психологического исследования больного в клинике отчасти перекликается с клиническими подходами, обеспечивая эффективное сотрудничество психолога с врачами при решении диагностических и коррекционных вопросов, профилактических и реабилитационных задач.

Методология как учение о методах и принципах познания делится на две части: учение об исходных основах познания и учение о способах и приемах исследования, опирающихся на эти основы. В учении об исходных основах познания анализируются те философские представления и взгляды, на которые исследователь опирается в процессе познания. Эта часть методологии непосредственно связана с философией, с мировоззрением, априорным принятием некоторых посылок. В учении о способах и приемах исследования рассматриваются общие стороны частных методов познания, составляющих общую методику исследования [6].

В психологии понимание методологии предполагает выделение системы методов, направленных на достижение цели познания и реконструкций психологической реальности [8].

Анализируя структуру методологии науки, можно выделить:

1. уровень философской методологии;

2. уровень общенаучных принципов и форм исследования;
3. уровень конкретно-научной методологии;
4. уровень методики и техники исследования [6, 8].

1. Философская методология имеет форму философского знания, добываемого с помощью методов самой философии, примененных к анализу процесса научного познания. Разработка этого уровня методологии связана с анализом наиболее общих принципов познания и категориального строя науки. Философия дает мировоззренческую интерпретацию результатов науки с точки зрения той или иной картины мира.

2. Уровень общенаучных принципов и форм исследования получил широкое развитие в 20 веке. К нему относятся:

1) содержательные общенаучные концепции типа теоретической кибернетики как науки об управлении, концепции ноосферы Вернадского;

2) универсальные концептуальные системы: тектология Богданова, общая теория систем Берталанфи;

3) собственно методологические или логико-методологические концепции: структурализм, структурно-функциональный анализ, системный анализ, логический анализ и т.д. Подобные концепции выполняют функцию логической организации и формализации специально-научного содержания. Концепции этого уровня методологического анализа относительно безразличны к конкретным типам предметного содержания, поскольку направлены на выделение общих черт процесса научного познания.

3. Уровень конкретно-научной методологии применим к ограниченному классу объектов и ситуаций, специфических для данной области знания. Вытекающие из него рекомендации носят выраженный дисциплинарный характер. Определенный способ познания адаптируется здесь для более узкой сферы знания. Как правило, философско-методологические принципы не прямо соотносятся с принципами, формулируемыми на уровне специально-научной методологии, они прежде преломляются, конкретизируются на уровне общенаучных принципов и концепций.

4. Уровень методики и техники исследования наиболее близко примыкает к исследовательской практике. Он связан с описанием способов, конкретных приемов получения релевантной информации, требований к процессу сбора эмпирических данных, в том числе проведения эксперимента и методов обработки экспериментальных данных, учета погрешностей. Методологическое знание здесь является наиболее специализированным. Оно призвано обеспечить единообразие и достоверность исходных данных, подлежащих теоретическому осмыслению и интерпретации на уровне частнонаучных теорий [6].

Методологической основой проведения клинико-психологических экспериментально-психологических исследований целостной психической деятельности пациентов в клинической психологии могут служить, во-первых, методологические принципы, которые относятся к наиболее фундаментальным, наиболее общим принципам исследования – принципам, заимствованным психологической наукой на этапе ее превращения в самостоятельную научную дисциплину из философии. Наиболее фундаментальным научным принципом изучения поведения человека прежде всего является принцип детерминизма.

Детерминизм – всеобщая обусловленность явлений – концепция, согласно которой действия людей детерминируются – определяются и ограничиваются наследственностью и предшествующими событиями их жизни [6].

В психологии детерминизм – закономерная и необходимая зависимость явлений психических от порождающих их факторов; она включает причинность как совокупности обстоятельств, предшествующих во времени следствию и вызывающих его.

Принцип детерминизма реализуется при исследовании пациента в психиатрической, неврологической или соматической клинике в виде следующей общей установки. Нет ничего случайного в поведении больного; все то, что мы можем наблюдать в особенностях поведения, как вербального, так и невербального (в мимике, позе, походке, в жестах, манере сидеть, манере стоять), в особенностях общения и деятельности – все отражает некоторые глубинные психологические структуры, подлежащие исследованию. Напротив, весь внутрен-

ний психологический мир пациента – его переживания, страхи, страсти, комплексы, страдания, его индивидуальные способы реагирования на стресс, методы психологической защиты, характеристики совладающего поведения, - все это в той или иной степени, более или менее ярко проявляется в эмоциональных реакциях и во внешнем поведении в целом.

На основе принципа детерминизма формируется специфический метод исследования больного – метод наблюдения, позволяющий выявить значимые для диагностики особенности его поведения: «вынужденные позы», сигнализирующие о наличии ограничительного поведения в ответ на болевые раздражители; депрессивная замедленность жестикуляции, мимики и речи; стереотипные однообразные повторяющиеся действия в рамках навязчивых проявлений, сопровождающих переживание тревоги. Клинический психолог, имея определенные «эталонные представления» об особенностях поведения «своего» больного, сравнивает поведение каждого конкретного пациента с обобщенными эталонными представлениями, накопленными в процессе профессиональной деятельности. Метод наблюдения позволяет распознать симуляцию и диссимуляцию (скрывание симптомов болезни), поведение аггравации (преувеличение симптомов заболевания) и анозогнозии (неосознавание симптомов болезни) [5].

Так, например, попытка симулировать шизофрению, с вербальным предъявлением соответствующих симптомов, может быть раскрыта на основе невербального поведения: для пациентов с данным расстройством типичны напряженные вычурные позы со склонностью к застыванию, с бледным маскообразным амимичным лицом, монотонной речью («деревянный голос»), либо нелепые диссоциированные движения, которые при демонстрации поведения симуляции крайне трудно имитировать. Депрессивные расстройства обнаруживают себя не только замедленностью, заторможенностью моторики и речи, но также специфической «позой эмбриона» во сне, часто затруднениями дыхания, характерным «матовым голосом», скользящим взглядом в окно, игнорирующим глаза собеседника. Поведение пациента в маниакальном состоянии обычно носит игровой оттенок, отличается склонностью к самолюбованию или сексуаль-

но окрашено. Характерный для пациентов с органическим заболеванием головного мозга *habitus* может быть связан с усиленной малонюансированной мимической экспрессией (огрубленные черты лица, малодифференцированная мимика).

При дифференциальной диагностике метод наблюдения также предоставляет важную дополнительную информацию: необычность поведения больных истерией и больных шизофренией носит в первом случае оттенок театральности, демонстративности, а во втором – вычурности, неестественности. Настроение пациентов с начальными признаками болезни Альцгеймера окрашено депрессией в отличие от тревоги и растерянности пациентов с сосудистыми нарушениями. Если в дебюте болезни Альцгеймера эмоциональные изменения сводятся к пониженному настроению, угнетенности, беспокойству, то при болезни Пика – это аффективное огрубение, часто с эйфорическим оттенком. При левосторонней локализации эпилептического очага обращают на себя внимание психастеноподобные черты в структуре личности больных, выраженная ригидность психических процессов, эмоциональная скудость с торпидностью аффекта. При правосторонней локализации чаще отмечаются истериформные черты, ригидность психических процессов выражена меньше, типичны эмоциональная лабильность и повышенная внушаемость.

На практике психолог получает одновременно информацию по двум каналам коммуникации – вербальному и невербальному; эта информация анализируется как в процессе наблюдения за пациентом, так и в процессе анализа предъявляемых им жалоб. Клиническое мышление оценивает характер предъявляемых пациентом жалоб (способов презентации симптомов): скупые лаконичные жалобы чаще встречаются при тяжелых соматических нарушениях, в то время как жалобы яркие, красочные, обстоятельные и подробные в большей степени характеризуют функциональные нарушения, присоединяющуюся вторичную невротическую симптоматику [4].

К уровню общенаучных методологических принципов исследования относится принцип моделирования, предполагающий при исследовании поведе-

ния пациента построение модели, имеющей специфическую структурно-функциональную организацию. Результатом теоретического моделирования является идеальная модель, представляющая собой идеализированный образ объекта, представленный в сознании исследователя. Основные средства построения идеальной модели – это идеализация и абстрагирование. При помощи абстрагирования мы выделяем существенные стороны моделируемого объекта и отбрасываем несущественные. Путем идеализации мы переходим к анализу реальности с идеальными свойствами, т.е. не существующей в действительности, но мыслимой как образец, по отношению к которому эмпирическая реальность загружена множеством других свойств. Модель рассматривается как воспроизводящая те или иные свойства психологической реальности в упрощенной, схематической форме [6].

Принцип моделирования реализуется при исследовании пациента в клинике прежде всего при постановке диагноза (квалификации его состояния) на синдромальном или на нозологическом уровне. Интерпретация результатов исследования больного в процессе наблюдения за ним, в процессе общения с ним является, по сути дела, построением модели его психики. Исследователь не просто перечисляет полученные в результате клинико-психологического и экспериментально-психологического исследования данные, но устанавливает между ними определенные взаимосвязи, выявляет некоторую целостную структуру, формирующую более общий контекст, в рамках которого только и может быть понято данное психологическое качество [1, 2]. Речь идет о выявлении если не механизмов, то по крайней мере характерных алгоритмов возникновения того или иного свойства, основных этапов и форм его проявления. При этом, по мере накопления данных, конструируемая модель непрерывно корректируется в зависимости от все новых и новых выявляемых фактов; она постоянно уточняется и проверяется.

Реализация принципа моделирования предполагает на практике применение клинического, экспериментально-психологического, клинико-психологического методов исследования пациента. Клинический психолог в

процессе изучения больного реконструируют историю его жизни и его болезни, устанавливая взаимосвязи между психосоматическими, психологическими и социально-психологическими событиями, которые помогают прогнозировать динамику психологических и патопсихологических явлений в рамках заболевания [5].

Клинический психолог применяет конкретные экспериментально-психологические методы, направленные на изучение когнитивной сферы (процессов памяти, внимания, мышления, перцептивной деятельности, воображения), эмоциональных переживаний пациентов, особенностей их защитно-совладающего поведения в структуре целостной личности, психологических и поведенческих реакций на заболевание, специфических личностных характеристик, выступающих в качестве «факторов риска» тех или иных нарушений (например, алекситимии при психосоматических расстройствах). При этом учитываются тесные взаимосвязи познавательных, эмоциональных, мотивационно-волевых процессов, в результате которых формируются патопсихологические синдромы, включающие в себя выраженные в большей или меньшей степени все компоненты психической деятельности человека.

В клинической психологии, как и в медицине, под синдромом понимают патогенетически обусловленную общность симптомов, признаков расстройств, внутренне взаимообусловленных, взаимосвязанных. В этом заключается большая диагностическая значимость синдромов по сравнению с симптомами. В диагностическом мышлении правильная квалификация синдрома является подступом к определению нозологической принадлежности заболевания. В патопсихологии, например, центральное место занимает поиск общего звена нарушения высших психических функций, лежащего в основе развития отдельных симптомов при реализации таких функций. Например, синдромообразующим радикалом при шизофрении может быть нарушение мотивации, следствием которого являются характерные для этого заболевания изменения (или особенности) мышления, восприятия, памяти и др.

Сами по себе синдромы не являются строго специфичными для определенной нозологической формы и могут наблюдаться при многих психических заболеваниях. Так, делириозный синдром характерен не только для алкогольного делирия, но и для других острых интоксикационных психозов, а также инфекционных, послеоперационных, посттравматических, сосудистых и психозов, связанных с заболеваниями внутренних органов. Во всех этих случаях делирий может быть настолько сходным, что если совершенно не знать анамнеза больного, и его соматического состояния в прошлом и настоящем, то вряд ли удастся правильно квалифицировать заболевание. Вместе с тем симптомы и синдромы являются тем материалом, из которого создается клиническая картина заболевания. Специфичными в болезни оказываются не столько синдромы, сколько их динамика: формирование синдромов, усложнение, обратное развитие, их сменяемость. Синдромами и их динамикой проявляется патогенез болезни, последовательность его этапов. При распознавании психического заболевания (нозологической формы) исследователь ориентируется не только на доминирующий в данный момент в состоянии психопатологический синдром, но главным образом на весь контекст болезни: на то, как этот синдром связан с другими симптомами и синдромами, какова их динамика, как это отразилось на сохранности личности больного, т.е. какова глубина поражения и, наконец, размеры поражения, степень вовлечения психической сферы в болезненный процесс.

Еще одним общенаучным методологическим принципом исследования пациента является системный подход, который применяется в науке при изучении сложных объектов [3]. Психическая деятельность человека относится к категории сложных объектов, включающих в себя множество разномодальных элементов с прямыми и обратными взаимосвязями между ними. Системный подход позволяет выделить ключевой системообразующий фактор, под воздействием которого поляризуются все характеристики системы как целого.

Существует наиболее общий и наиболее фундаментальный системообразующий фактор, который придает неповторимое своеобразие всем характери-

стикам психофизиологической и социально-психологической деятельности больного, фактор, под влиянием которого целостная психофизиологическая деятельность приобретает новую модальность, новое качество, фактор, который должен учитываться на этапах планирования, проведения, интерпретации полученных результатов, организации коррекционного взаимодействия в системе комплексной терапии. Этим системообразующим фактором является конкретное заболевание, которое оказывает модулирующее воздействие на все характеристики психофизиологической и социально-психологической деятельности, выступая по отношению к ним некоторым более общим контекстом, в рамках которого установленные факты приобретают новое значение [9]. Так, например, основными системообразующими факторами шизофренического патопсихологического симптомокомплекса, по мнению Г.Н. Носачева, Д.В. Романова, являются нарушение селективности психических процессов (восприятия, памяти, процессов мышления), снижение уровня мотивационной активности, искажение и обеднение эмоционального реагирования, снижение целенаправленности психической активности.

На уровне конкретно-научной методологии при исследовании пациента выделяется принцип единства сознания и деятельности, принцип формирования сознания в деятельности, развития психического в процессе непосредственного процесса общения и деятельности. Принцип единства сознания и деятельности означает, что психологические и психофизиологические характеристики пациента и формируются, и проявляются в деятельности, в непосредственном соматическом и социальном функционировании [8].

Существует некоторая вероятностная связь между тем, что пациент делает (особенности поведения, общения, деятельности) и теми глубинными психическими структурами, которые детерминируют эту деятельность и сами формируются под ее воздействием. Выявляя характерные паттерны деятельности, мы обнаруживаем более или менее устойчивые и более или менее длительные психологические структуры, входящие в личность на правах психического состояния или психической черты [3].

Наличие этой вероятностной связи зафиксировано, в частности, в тех определениях исследуемых психологических феноменов, которые мы находим в словарях, учебниках, энциклопедиях. Так, тревожность как свойство личности, как относительно устойчивая, относительно неизменная в течение всей жизни личностная черта, определяется традиционно как склонность к возникновению эмоции тревоги (через эмоциональную реакцию, эмоциональное состояние). Агрессивность как свойство личности определяется как склонность к агрессивному поведению, как навык нападения, как склонность к применению силы в межличностных отношениях (через поведение) [8].

Поведенческий тип «А» как фактор риска формирования психосоматических нарушений сердечно-сосудистой системы, с одной стороны, отражает определенную личностную структуру, которая складывается на основе определенных врожденных предпосылок (склонность к реакциям эксплозивно-агрессивного типа), и, с другой стороны, формируется в поведении и деятельности агрессивно-наступательного типа [7].

В этой связи, в частности, предлагается понятие психосоматической уязвимости, к которой может относиться и наследственность, и структура родительской семьи с определенным стилем воспитания, и характер профессиональной деятельности, и стиль жизни.

Уровень методики и техники исследования в клинической психологии представлен широким спектром тестов, опросников, выбор которых в каждом конкретном случае определяется не только методологией, но также нозологической принадлежностью больного, тяжестью его соматического и психического состояния, конкретными целями и задачами исследования, опирающегося на теоретические представления о структурно-функциональной организации психики, а также спецификой исследовательской ситуации, включающей в себя, в частности, уровень сформированности межличностных отношений психолога с больным. Методы исследования проходят проверку на надежность, достоверность, валидность.

Литература

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение: Пер. с англ. – М.: Перрлс, 2000. – 296 с.
2. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. – М., 1999. – 376 с.
3. Ганзен В.А. Системные описания в психологии. – Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1984. – 176 с.
4. Губачев Ю.М., Стабровский Е.М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. – Л.: Медицина, 1981. – 216 с.
5. Клиническая психология: учебник / Под ред.Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2002. – 960 с.
6. Корнилова Т.В., Смирнов С.Д. Методологические основы психологии. – СПб.: Питер, 2009. – 320 с.
7. Психогенные расстройства кровообращения / Под ред.Ю.М. Губачева, В.М. Дорничева, О.А. Ковалева. – СПб.: Политехника, 1993. – 248 с.
8. Психология. Словарь / Под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – М., 1990.
9. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. – М.: Медицина, 1986. – 384 с.

О.Н. Уварова

ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ЖИЗНЕННЫХ СМЫСЛОВ У ЛИЦ С РАЗНЫМИ ТИПАМИ ПРИВЯЗАННОСТИ

Челябинский государственный университет

г. Челябинск

Проблема рождаемости и материнства одна из самых актуальных на сегодняшний день, которая касается не отдельной категории людей, а каждого человека во всем мире. Материнство – одна из социальных женских ролей, поэтому даже если потребность быть матерью и заложена биологически, общественные нормы и ценности оказывают определяющее влияние на его содержание и проявление у каждой конкретной женщины. Учитывая актуальность проблемы антропологического кризиса, возникшего в результате экзистенциального вакуума, важной является тема смысла жизни.

Согласно экзистенциальному психологу «новой волны» Томасу Гринингу, жизнь бросает человеку «экзистенциальный вызов». Ответ человека на экзистенциальный вызов – это всегда выбор им определенного жизненного пути. Одним из таких «экзистенциальных вызовов» является проблема смысла и абсурда существования. Психологический парадокс человеческой ситуации заключается в том, что инстинкты не подсказывают человеку, как животному, биологический смысл существования. Мир культуры содержит широкий набор ценностей, которые человек может превратить в смысл индивидуальной жизни, но также не навязывает человеку ни одну из них. Поэтому в каждый момент своей жизни человек оказывается перед выбором смысла жизни.

Проблемой смысла жизни занимались психологи экзистенциального направления (особенно большой вклад в рамках данной проблемы сделал И. Ялом), психодинамического направления (З. Фрейд, А. Адлер, К. Г. Юнг), а также психологи гуманистической психологии (Ш. Бюлер, А. Маслоу) и отечественной психологии (С.Л. Рубинштейн, А.Н. Леонтьев, Б.Г. Ананьев, А.Г. Асмолов, Б.С. Братусь, В.К. Вилюнас, Е.Е. Насиновская, В.В. Столин, Е.В. Субботский, О.К. Тихомиров). В отечественной психологии большой вклад в разработку проблемы смысла жизни внес А.Н. Леонтьев. Он ввел понятие «смысл»

в своей докторской диссертации «Развитие психики» и в писавшихся параллельно «Методологических тетрадах», причем у него это понятие изначально характеризует реальные жизненные отношения как человека, так и животного. В отличие от Л.С. Выготского, А.Н. Леонтьев не связывал понятие «смысл» с речевым мышлением и сознанием. Оно вынесено им в плоскость дорефлексивных практических отношений субъекта с миром, в плоскость его реальной жизнедеятельности [2]. С точки зрения деятельностного подхода существует ряд общих положений к проблеме смысла, согласно которым, смысл порождается реальными отношениями, связывающими субъекта с объективной действительностью. Непосредственным источником смыслообразования являются потребности и мотивы личности. Смысл обладает действенностью. Смысловые образования не существуют изолированно, а образуют единую систему. Смыслы порождаются и изменяются в деятельности, в которой только и реализуются реальные жизненные отношения субъекта.

Развитие представлений о смысле в деятельностном подходе можно разделить на три основных этапа.

Первый этап (конец 1930-х годов - середина 1970-х гг.) – это введение А.Н. Леонтьевым понятия смысла (личностного смысла) как объяснительного понятия и его всесторонняя теоретическая и экспериментальная разработка в генетическом, структурном и функциональном аспектах.

Второй этап – с середины до конца 1970-х годов – это введение рядом авторов (А.Г. Асмолов, Б.С. Братусь, В.К. Вилюнас, Е.Е. Насиновская, В.В. Столин, Е.В. Субботский, О.К. Тихомиров) новых, родственных понятий: смысловое образование, смысловая установка, смысловой конструкт, операциональный смысл и др., ознаменовавших переход от одного объяснительного понятия к дифференцированному кусту понятий.

Третий этап – с начала 1980-х годов – этап интеграции этих представлений, знаменующийся возникновением классификаций смысловых образований (Е.Е. Насиновская и др.), синтетических понятий, таких как «динамическая смысловая система» (А.Г. Асмолов), «смысловая сфера личности» (Б.С. Братусь), концепций смысловой динамики (Ф.Е. Василюк), смысловой саморегу-

ляции (В.В. Зейгарник, В.А. Иванников). Стало возможным говорить о смысловой реальности, включающей в себя самые разные структуры и механизмы.

В настоящее время проблема смысла жизни активно изучается М.Ш. Магомед-Эминовым. Он вводит понятия «фактический» и «конкретный» смысл. Также он рассматривает проблему смыслообразования, смыслоутраты, трансформации смысла жизни. М.Ш. Магомед-Эминов рассматривает три варианта трансформации смысла: конфликт, психопатологию смысла и его утрату. По мнению автора, смысл жизни может трансформироваться в критической ситуации [3]. Эта трансформация может быть как положительной, так и отрицательной, поскольку жизненные бедствия вызывают не только негативные реакции, но и позитивные трансформации. Позитивное отношение к страданию – идея о том, что жизненные трудности, невзгоды могут закалять человека духовно и развивать его личностно, не является чем-то новым. Положительная сторона трансформации смысла в кризисной ситуации раскрывается в триаде: страдание – стойкость – рост. Данная триада взаимопроникает, создавая высокочеловеческий накал трансгрессивной работы личности.

Особенно важно исследовать смысл жизни у людей, имеющих патологическую привязанность.

В современной психологии привязанность является ключевым понятием, описывающим глубокую эмоциональную связь, возникающую между ребенком и матерью в результате общения и тесного взаимодействия. Феномен привязанности стал предметом целенаправленного исследования еще в 60-х годах прошлого столетия и по сей день вызывает огромный интерес психологов во всем мире, побуждая искать связь привязанности к матери с самыми разными сторонами жизни человека.

Лиц с патологической привязанностью год от года в нашей стране становится больше, что вызвано проблемой семейного неблагополучия: браки стали нестабильны, растет число разводов, в результате которых женщина вынуждена заниматься материальным благосостоянием семьи и не может уделять должного внимания и любви ребенку, происходит нарушение взаимоотношений матери и ребенка как первичных и наиболее эмоционально насыщенных [4]. Также

к патологической привязанности могут привести: депривация, пережитая в раннем возрасте; пережитое детьми насилие; пренебрежение со стороны матери; частые переезды и перемещения ребенка. Патологическая привязанность откладывает отпечаток на жизнь человека в виде особенностей когнитивного, эмоционального и поведенческого компонентов психики [1]. Следовательно, проблема исследования смысла жизни у лиц с патологической привязанностью, является на сегодняшний день актуальной.

Мы исследовали особенности системы жизненных смыслов у лиц с разными типами привязанности. Обследовано 117 человек в возрасте 21-27 лет. Преобладающий тип привязанности у испытуемых мы изучали с помощью методик «Шкала К. Кернс», опросник «Опыт близких отношений», интервью о привязанностях для взрослых, опросник оценки типа привязанности к матери Е.В. Пупыревой, семантический дифференциал. Выявлено, что 57 человек (в т.ч. 29 женщин и 28 мужчин) имеют патологическую привязанность. Они составили экспериментальную группу. У 60 человек (в т.ч. 32 женщины и 28 мужчин) выявлен надежный тип привязанности. Они составили контрольную группу.

По результатам теста «Смыслжизненные ориентации» у 68,4 % (39 чел.) испытуемых экспериментальной группы выявлено увеличение показателей по шкале «Процесс», все показатели по остальным шкалам данной методики были в норме. Результаты испытуемых контрольной группы, были в рамках стандартного отклонения средних значений по данной методике.

При проведении методики «Определение направленности личности» у испытуемых экспериментальной группы была выше направленность их личности на дело (при $p \leq 0,01$), ниже направленность на себя ($p \leq 0,01$) и направленность на общение ($p \leq 0,05$) по сравнению с испытуемыми контрольной группы. В ходе проведения теста жизненной цели было выявлено, что испытуемые экспериментальной группы, в отличие от испытуемых контрольной группы, имеют цели и задачи в жизни, им хотелось бы заниматься интересными вещами, тем не менее они ощущают бессмысленность своего существования, чувствуют, что не добились в жизни прогресса, но считают себя способными найти смысл жизни. Результаты исследования жизненных смыслов представлены в табл.1.

Таблица 1. Результаты исследования системы жизненных смыслов

Категории жизненных смыслов	Экспериментальная группа (в %)	Контрольная группа (в %)
Альтруистические	0	5
Экзистенциальные	8,8	3,4
Гедонистические	0	40
Самореализации	21	13,3
Статусные	52,6	18,4
Коммуникативные	0	13,3
Семейные	0	5
Когнитивные	17,6	1,6

В ходе проведения методики «Дихотомическое шкалирование жизненного пути» было выявлено, что 75,4 % (43 чел.) испытуемых экспериментальной группы не имеют чувства реализованности. В контрольной группе только 28,2 % (17 чел.) не имеют чувства реализованности.

Таким образом, в ходе эмпирического исследования мы выявили смысловую ориентацию лиц с патологической привязанностью на процесс, направленность на дело, ощущение отсутствия в их жизни смысла, но стремление его найти, преобладание статусных жизненных смыслов, отсутствие чувства реализованности, по сравнению с испытуемыми контрольной группы.

В дальнейшем нами планируется увеличить выборку до 350 человек защита кандидатской диссертации по данной проблеме.

Литература

1. Боулби Дж. Психология привязанности. – М.: ERGO, 2005. – 360 с.
2. Леонтьев А. Н. Избранные психологические произведения: В 2-х т. Т. I. – М.: Педагогика, 1983.– 392 с.
3. Магомед-Эминов М.Ш. Феномен экстремальности. – 2-е изд. – М.: Психоаналитическая Ассоциация, 2008. – 218 с.
4. Филиппова Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии. // Вопросы психологии. – 2001. – № 2. – С. 22-37.

Л.А. Чернышова

ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНО ВАЖНЫХ КАЧЕСТВ МЕДИЦИНСКИХ ПСИХОЛОГОВ В ПРОЦЕССЕ СУПЕРВИЗИИ

Самарский государственный медицинский университет
г. Самара

Существуют профессии, в которых эффективность специалиста, наряду с профессиональными знаниями и практическими навыками, зависит также от его личности. К их перечню относятся профессии социономического типа: педагог, медицинский работник, социальный работник, психолог и другие. В профессиограммах данных специальностей требования к личности составляют весьма значительную долю.

Высшие учебные заведения, готовящие специалистов так называемых «помогающих» профессий, уделяют все большее внимание их личностной подготовке, обучая будущего учителя, врача или психолога грамотно оценивать не только того, с кем он работает, но, в первую очередь, и самого себя. «Важнейшая задача образования, – отмечает Т. Сохраняева, – возвращение достоинства как нерушимого ядра личности, чувства долга перед самим собой, которое в течение всей жизни будет подталкивать к рефлексии по поводу собственного мастерства и профессионализма» [1; 99].

С целью развития профессиональной рефлексии на заключительном этапе подготовки медицинских психологов проводится супервизия. Основная цель супервизии состоит в том, чтобы с помощью процессов рефлексии помочь супервизируемому выработать эффективные стратегии решения рабочих задач, которые ставит перед ними их профессиональная деятельность [3], а также выработать у психолога-стажера на заключительном этапе обучения не просто навык, но и потребность в профессиональном самоанализе [2]. Супервизия – это не терапия и не личный анализ, но в ходе регулярных занятий происходят изменения, затрагивающие и личность студента, будущего специалиста. Она запускает бессознательные механизмы, в результате которых происходит эмоциональная перестройка. На фоне произошедших изменений становится возможным осознание своих личностных качеств и их изменение.

В связи с этим объектом нашего исследования стали профессионально важные качества клинического психолога, тесно связанные с его личностью: продуктивные смысложизненные ориентации, рефлексия, эмоциональный интеллект, социальная адаптация. В качестве предмета исследования мы рассматривали динамику профессионально важных качеств медицинского психолога в процессе супервизии.

Процедура исследования осуществлялась на базе ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет». Выборку исследования составили 24 студента 5 курса факультета медицинской психологии в возрасте 23-25 лет, среди которых 21 женщина и 3 мужчин. Все студенты в течение учебного года еженедельно посещали индивидуальную супервизию, а также принимали участие в групповой супервизии. Констатирующее исследование профессионально важных качеств студентов-медицинских психологов было проведено в сентябре 2010 года, повторное – в апреле 2011 года.

В ходе исследования были использованы следующие психодиагностические методики: 1. Методика диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда; 2. Методика смысложизненных ориентаций Дж. Крамбо и Л. Махолика в адаптации Д.А. Леонтьева; 3. Методика диагностики рефлексии А.В. Карпова; 4. Опросник эмоционального интеллекта «ЭМИн» Д.В. Люсина. Для статистической проверки результатов исследования был использован Т-критерий Вилкоксона (разновидность критерия Манна-Уитни для связанных выборок). Он применяется для сопоставления показателей, измеренных в двух разных условиях на одной и той же выборке испытуемых. Подсчет осуществлялся в программе статистической обработки SPSS 17.0. Результаты констатирующего и контрольного исследования представлены в сравнении.

На рисунке 1 показана динамика показателей социально-психологической адаптации.

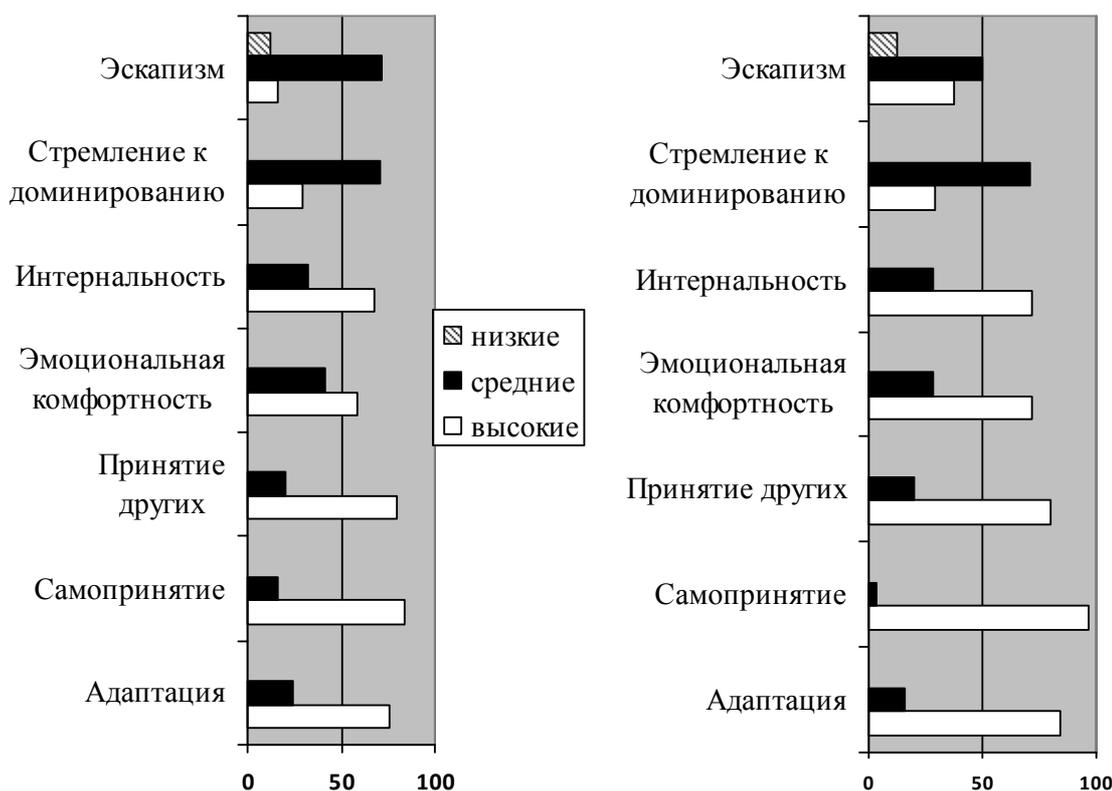


Рис. 1. Показатели социально-психологической адаптации студентов до и после супервизии (%)

Исследование социально-психологической адаптации показало, что в процессе супервизии произошли небольшие изменения показателей шкал адаптации, отношения к себе и другим, интернальности в сторону увеличения количества высоких показателей. Парадоксальные изменения произошли по шкале эскапизма: вместо ожидаемого снижения количества студентов, склонных к избеганию решения проблем, произошло увеличение высоких показателей, т.е. спектр ситуаций, в которых обследуемые реагируют избеганием, расширился в ходе проведения супервизии. Возможно, это является реакцией на возросшую способность к рефлексии, оценке собственных проблем в ходе работы с пациентом.

На рисунке 2 показана динамика показателей методики смысло-жизненных ориентаций. После завершения супервизии значительных изменений в смысло-жизненных ориентациях студентов-психологов не произошло. Как и ранее, большинство результатов попадает в интервал средней выраженности признака.

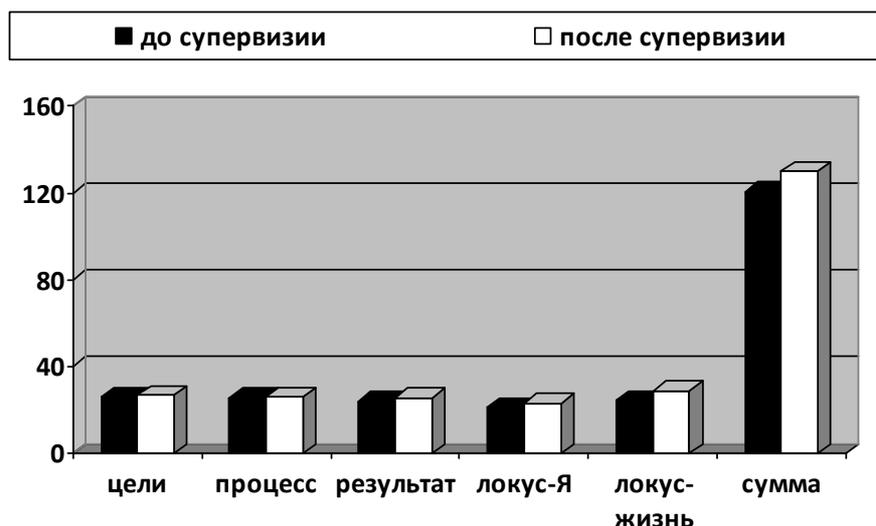


Рис. 2. Смысложизненные ориентации студентов-психологов до и после завершения супервизии (средние значения)

Отсутствие заметных изменений может быть связано с тем, что уже к моменту начала супервизии смысложизненная сфера студентов была достаточно сформирована и развита. Статистический анализ данных показал, что произошло значимое увеличение общего показателя. Это говорит о некотором увеличении всех показателей, произошедшем в ходе супервизии.

Результаты исследования рефлексии представлены на рисунке 3.

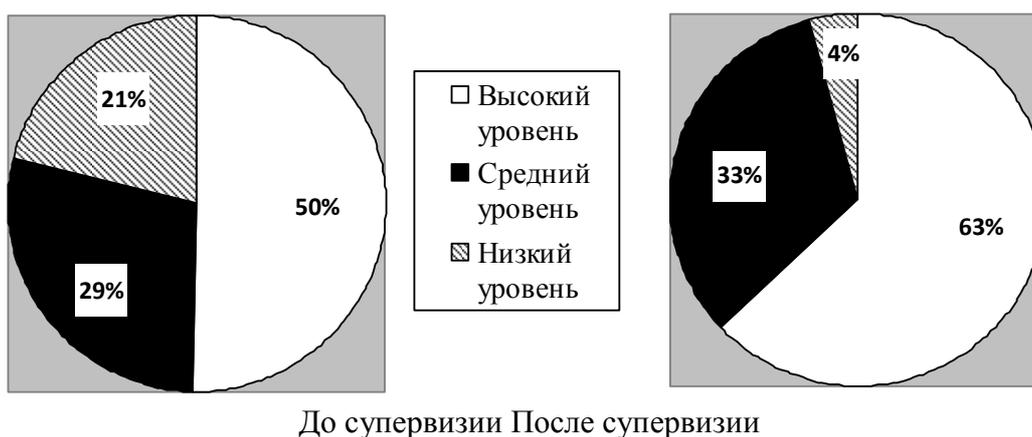


Рис. 3. Особенности рефлексии студентов-психологов до и после супервизии (%)

В процессе проведения супервизии количество студентов с высоким уровнем рефлексии увеличилось с 50,4% до 63%, со средним уровнем – с 28,6% до

32,8%, с низким уровнем – уменьшилось с 21% до 4,2%. Это говорит о том, что в ходе регулярной индивидуальной и групповой супервизии происходит активное развитие способности к рефлексии. Высокий (продуктивный) уровень реализации личностной рефлексии выражается в ее целенаправленном, организованном характере, характеризуется личностной позицией, заключающейся в признании человеком себя в качестве субъекта жизнедеятельности, организующего и направляющего собственную жизнь. Этим студентам свойственна также высокая вовлеченность личности в анализ проблемной ситуации и своих индивидуальных особенностей, доминирование смысловой сферы над содержательной, осознание средств и способов достижения результата. Решение проблемной ситуации осуществляется на полной ориентировочной основе, точный ответ рассматривается в качестве одного из возможных (но не единственно верного), присущ креативный подход к решению ситуаций. Изменения в показателях рефлексии подтверждены статистически.

Результаты проведения методики диагностики эмоционального интеллекта представлены на рисунке 4.

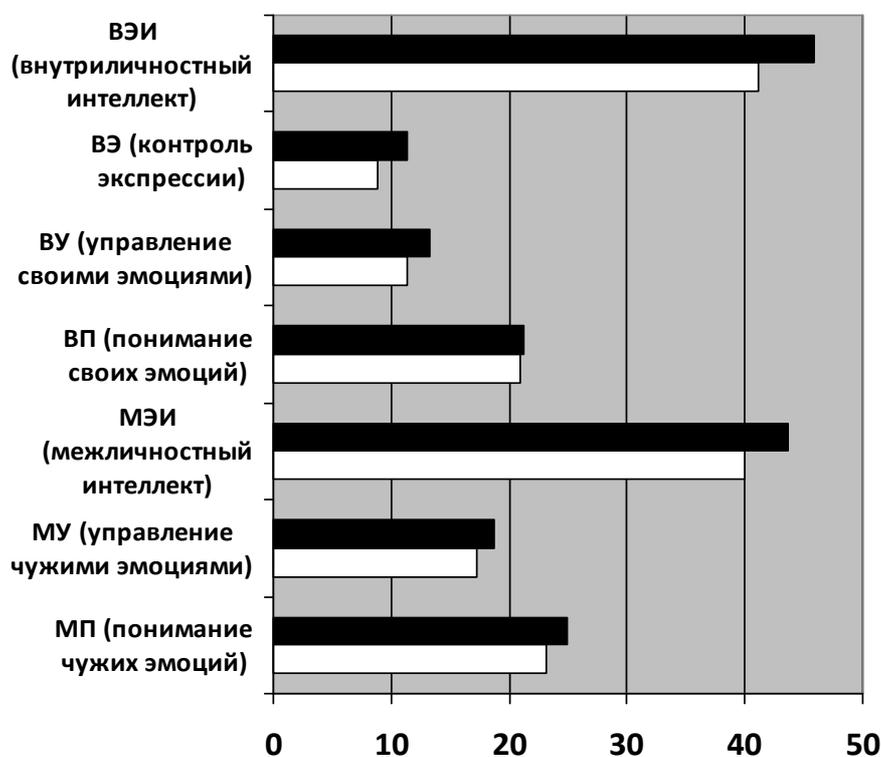


Рис. 4. Структура эмоционального интеллекта студентов-психологов до и после супервизии (средние значения)

По результатам повторного проведения методики ЭМИн можно сказать, что за период прохождения супервизии произошло повышение уровня показателей управления своими и чужими эмоциями, а также контроля экспрессии. Все показатели структуры эмоционального интеллекта перешли в интервал средней выраженности и демонстрируют тенденцию дальнейшего роста. Изменения показателей эмоционального интеллекта подтверждаются статистически.

Сравнительный анализ показателей констатирующего и контрольного исследований показал, что:

1. Студенты-психологи начала последнего года обучения характеризуются хорошим уровнем социально-психологической адаптации, сформированными устойчивыми смысложизненными ориентациями, высоким уровнем рефлексии, низким уровнем способности контролировать свои и чужие эмоции, эмоциональную экспрессию.

2. В ходе годичной индивидуальной и групповой супервизии у студентов-психологов дополнительно возрастает показатель рефлексии, формируется навык контроля своих и чужих эмоций, экспрессии. Рост эскапизма отражает негативную динамику, но может быть рассмотрен как ответ на рост рефлексии и осознание внутриличностных проблем.

Таким образом, в результате супервизии, благодаря формированию профессиональной рефлексии, медицинские психологи получают возможность повышения уровня своего профессионализма за счет положительной динамики профессионально важных качеств. Полученные результаты подтверждают важность прохождения супервизии медицинскими психологами в период обучения.

Литература

1. Сохраняева Т. Массовый человек как субъект образования. // Высшее образование в России. – 2002. - № 4. – С.99-106

2. Супервизия в клинической психологии. Методические рекомендации для преподавателей/ Сост. проф. Н.И. Мельченко. – Самара: ДСМ, 1999.– 40с.

3. Штайнхардт К. Супервизия с групп-аналитической точки зрения. // <http://dralferov.ru/steinhardt-supervision.html>

О.В. Чупрова
**ТИПЫ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ И ОСОБЕННОСТИ
ДИСГАРМОНИЧНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ ЛИЦ,
БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ**

Республиканский наркологический диспансер
г. Чебоксары, Чувашская Республика

Цель исследования – изучение особенностей семейного воспитания и системы дисфункциональных отношений в семьях больных алкогольной зависимостью.

В исследовании были использованы следующие методы: для изучения семейных взаимоотношений использованы опросник для родителей «АСВ – анализ семейных взаимоотношений» (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис), опросник социальной поддержки F-SOZU-22 в адаптации А.Б. Холмогоровой, опросник семейных эмоциональных коммуникаций А.Б. Холмогоровой, С.В. Воликовой, шкала созависимости в адаптации В.Д. Москаленко.

Исследование проводилось на клинической базе Республиканского наркологического диспансера. В состав первой группы обследованных вошли пациенты стационара, численность группы составила 40 человек, во вторую участники групп поддержки родственников пациентов, так же в количестве 40. Нозологическая диагностика алкогольной зависимости осуществлялось по международным критериям МКБ-10.

С помощью опросника «Анализ семейного воспитания» Э.Г. Эйдемиллера и В.В. Юстицкого мы исследовали особенности воспитания собственных детей в данных группах обследованных и различные отклонения в типах семейного воспитания и причин данных нарушений, и получили следующие результаты. Так, в группе зависимых мы выявили: высокий уровень неразвитости родительских чувств 8 человек (24,8%) (гипопротекция, эмоциональное отвержение, «повышенная моральная ответственность», жестокое обращение). У 7 человек (21,7%) - родители уделяют своему ребенку крайне мало времени, внимания, до него «руки не доходят», «не до него». А так же у 6 человек (39,6%) - чрезмерность санкций к своему ребенку, что характеризуется наличием строгих

наказаний и чрезмерной реакцией даже на незначительные нарушения. Отмечается также повышенная моральная ответственность, требовательность к ребенку, которая не соответствуют его возможностям у 5 человек (15,5%).

Внесение конфликта между супругами в сферу воспитания так же отмечается у 5 человек (33%), что обуславливаемые нарушения воспитания, противоречивый стиль воспитания между родителями.

Итак, одной из причин неразвитости родительских чувств в группе зависимых, может быть отвержение самого родителя в детстве его родителями, то, что он сам в свое время не испытал родительского тепла. Другой причиной могут быть особенности характера родителя.

Однако в группе созависимых отмечается у 7 человек (21,7%) стремление родителей дать больше свободы и самостоятельности своему ребенку, минимальность запретов, воспитательная неуверенность родителей, потворствующая гиперпротекция либо пониженный уровень требований. Родители идут «на поводу» у ребенка (6 человек – 39,6%), и склонны обходиться без наказаний или применяют их редко. А у 5 человек (15,5%) – родители уделяют своему ребенку крайне много сил, времени, внимания, когда его воспитание становится центральным делом в жизни родителей, основным, чему посвящена жизнь, а так же недостаточность обязанностей у ребенка, имеет минимальное количество обязанностей в семье. А также предпочтение в ребенке детских качеств, характеризующееся стремлением игнорировать взросление детей, стимулировать у них детские качества (детскую импульсивность, непосредственность, игривость) (3 человек – 9,3%) .

Таким образом были также выявлены различия во время обследования особенностей воспитания в группе зависимых от алкоголя и их родственников. Как пациенты, так и их близкие выбирают неблагоприятные типы воспитания собственных детей.

С помощью опросника семейных эмоциональных коммуникаций А.Б. Холмогоровой, С.В. Воликовой, мы исследовали в обеих группах характерные особенности родительской семьи, взаимодействие родителей и детей. Так в

группе зависимых было выявлено, что они воспитывались в семье, в которой преобладали стремления к внешнему благополучию, стремление скрывать и не выдавать окружающим свои проблемы (16 человек или 40%), имелся высокий уровень критики в адрес своего ребенка 13 человек (32,5%), а так же у 12 человек (30%) воспитание осуществлялось в духе высоких стандартов и стремления к совершенству. А у 11 человек (27,5%) выявлена фиксация родителей на возможных трудностях, опасностях и жизненных не удачах, т.е. высоком уровне индуцированности тревоги в семье.

Также отмечается высокий уровень запрета на выражение эмоций, прежде всего, негативных (у 10 человек или 25%), наличие у 8 человек (20%), – стремление родителей зависимых быть максимально включенным в жизнь своего ребенка. Низкий уровень доверия и открытости семьи в контактах с окружающими был выявлен у 8 человек (20%) и способности семьи не фиксироваться на негативных эмоциях, не подключаться к настроению другого - у 7 человек (17,5%).

В группе созависимых были получены следующие результаты, свидетельствующие о том, что они воспитывались в семье, доверяющей и открытой в контактах с окружающими: был выявлен у 3 человек (7,5%), однако и высокого уровня критики в адрес своего ребенка 5 человек (12,5%). А у 4 человек (10%) выявлена фиксация родителей на возможных трудностях, опасностях и жизненных не удачах, т.е. высоком уровне индуцированности тревоги в семье, наличие у 4 человек (10%) – стремление родителей зависимых быть максимально включенным в жизнь своего ребенка, так же низкий уровень способности семьи не фиксироваться на негативных эмоциях, не подключаться к настроению другого - у 4 человек (10%). Низкий уровень запрета на выражение эмоций, прежде всего, негативных (только у 3 человек или 7,5%), так у 3 человек (10%) – воспитание в духе высоких стандартов и стремления к совершенству, преобладание стремления к внешнему благополучию, стремление скрывать и не выдавать окружающим свои проблемы.

Таким образом полученные результаты свидетельствуют об определенных различиях во взаимоотношениях в родительских семьях зависимых и созависимых, а так же выраженных нарушениях внутрисемейных эмоциональных коммуникаций в семьях больных алкогольной зависимостью.

С помощью опросника социальной поддержки F-SOZU-22 в адаптации А.Б. Холмогоровой, в группе больных алкогольной зависимостью были получены следующие результаты: низкий уровень эмоциональной поддержки у 15 человек (40,3%), то есть ощущения поддержки, связанной с переживаниями позитивного чувство близости, доверия и общности, а так же, неудовлетворенность социальной поддержкой, переживание нестабильности в отношениях, приводящее к чувству неуверенности и не ощущения безопасности - у 13 (19%) человек. У 10 человек (31%) отмечается низкий уровень инструментальной поддержки, т.е. практическая или материальная поддержка (деньги или вещи), помощь в выполнении тяжелой работы, освобождение от нагрузок, получение важной информации. А так же отмечается высокий уровень социальной интеграции, т.е. не включенность в определенную сеть социальных интеракций, в рамках которых отмечается совпадение ценностей и представлений о жизни – у 10 человек (31%).

А с помощью шкалы созависимости в группе родственников больных алкоголизмом было выявлено преобладание умеренно выраженной созависимости у 17 человек (42,5%), высокий уровень резко выраженной созависимости у 32,5% - 13 человек, и только у 10 человек (25%) в пределах нормы.

Таким образом, комплексное использование средств и методов психологической коррекции при работе с обеими группами, при реабилитации пациентов поможет способствовать значительному улучшению дисгармоничных взаимоотношений в данных семьях, которые затрагивает всех членов семьи больного алкогольной зависимостью.

Литература

1. Короленко Ц.П., Донских Т.А., Гуревич Т.В. Некоторые аспекты семейных отношений при алкоголизме // Медицинские и социальные психологические аспекты алкоголизма (научные труды). – Новосибирск, 1998. – С. 26-29.
2. Лидерс А.Г. Психологическое обследование семьи: - М.: Академия, 2006. – 430 с.
3. Лисецкий К.С., Литягина Е.В., Психология зависимости. – Самара.: Универс-групп, 2003. 144с.
4. Мазурова Л.В., Стоянова И.Я., Бохан Н.А. Особенности адаптивно-защитного стиля у женщин с семейной зависимостью и алкогольной зависимостью// Сибирский психологический журнал. 2009. №31. С.33-35.
5. Москаленко В.Д. Зависимость. семейная болезнь. М.: ПЕРСЭ, 2009
6. Романов С.Н., Николаев Е.Л. Дисфункциональный характер семейных отношений при алкогольной зависимости// Материалы научно-практической конференции «Четверть века наркологической службе Чувашии». Чебоксары, 2010. 164 с.
7. Холмогорова А.Б., Воликова С.В. Семейный контекст расстройств аффективного спектра // Социальная и клиническая психиатрия. – 2004. – № 2. – С. 15.
8. Холмогорова А.Б. Теоретические и эмпирические обоснования интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра. Дис. докт. психол. наук. – М., 2006. – 465 с.

Е.А. Шонина, К.В. Лопин, Е.Ю. Антохин
**КЛУБНАЯ РАБОТА С ДУШЕВНОБОЛЬНЫМИ – НОВАЯ ФОРМА
ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ**

Оренбургская государственная медицинская академия
г. Оренбург

Актуальность

В нашей повседневной жизни довольно часто приходится встречаться с проблемами и вопросами, переживаниями внутреннего мира, относящимися к компетенции психологии.

Одним из современных подходов психокоррекционного воздействия в практике социальной психиатрии является психосоциальная реабилитация. В соответствии с современными подходами к проблеме лечения хронических психических заболеваний именно реабилитация должна стать звеном в общей структуре психиатрической помощи [1]. Комплексный подход в реабилитации имеет ряд преимуществ, так как затрагивает сразу все стороны жизнедеятельности пациентов и их ближайшего окружения. Это позволяет задействовать сохраненные стороны личности больных и создать на этой основе достаточно высокий уровень мотивации к позитивным изменениям, сформировать сознательное отношение к лечению и ответственность за свое поведение [2].

В настоящее время наиболее активно развивающейся формой социальной реабилитации больных в Оренбургской областной клинической психиатрической больнице № 1 (ООКПБ № 1) стала Клубная работа.

Задачами занятий в Клубе являются: обеспечение равновесия между психической жизнью человека и социальными отношениями, влияющими на его жизнедеятельность; предупреждение повторных обострений и регоспитализаций; профилактика психических заболеваний (предотвращение психических заболеваний у впервые обратившихся в больницу; предотвращение рецидивов психозов; ограничение и смягчение последствий заболеваний у выписавшихся из больниц; работа по предотвращению или ослаблению синдрома госпитализма у больных, находящихся на стационарном лечении; предотвращение инвалидизации); повышение адаптации, реинтеграция и социализация лиц, стра-

дающих психическими расстройствами; привлечение внимания населения к проблемам психического здоровья [3].

В клубную работу может быть включен любой пациент на любом этапе оказания психиатрической помощи вне острых состояний.[5] Очевидно, что чем раньше по отношению к началу заболевания начинаются психосоциальные мероприятия, тем скорее можно рассчитывать на более благоприятный прогноз. Так как психосоциальная реабилитация является многофункциональной, не маловажную роль играют организация досуговых занятий в Клубе по интересам. В Клубе пациенты могут поделиться своими проблемами, наиболее эффективно провести свободное время в рамках современных психосоциальных программ. С этой целью в рамках комплексного подхода, наряду с образованием многопрофильных бригад инициативная группа студентов Оренбургской государственной медицинской академии при поддержке кафедры психиатрии предложила привлечь волонтеров к процессу психосоциальной реабилитации в ООКПБ№1. К студентам медицинской академии поступило предложение от специалистов клиники непосредственно участвующих в процессе реабилитации участвовать в работе Клуба по интересам, который содержит в себе несколько направлений. Работа с душевно больными в Клубе может содержать в себе элементы «поддерживающей» психотерапии, терапии занятостью и развитие творческого потенциала, что является дополнительным лечебно-профилактическим фактором. Обычно занятость неразрывно связана с другими формами психосоциальных воздействий [4].

На начальном этапе работы участники проходят собеседование с целью выбора для себя наиболее интересных форм работы в Клубе, после чего будут записаны в кружки. Еженедельно проводятся вечерние тематические кружки.

План занятия: 1. Вводная часть. 2. Основная. 3. Заключительная.

1. Во временном аспекте, вводной части уделяется 10-15 минут от занятия. Проводится знакомство с вновь пришедшими в группу. Краткое тестирование настроения пациентов. Пациентам предлагается либо ответить на несколько ко-

ротких вопросов на листе бумаги, либо сделать рисунок на заданную тему. Затем предлагается тема занятия.

2. Основная часть занимает большую часть времени 30-40 минут. Производится изложение ведущим подготовленного материала с применением видео презентации, для лучшего усвоения материала пациентами. Во время занятия происходит общение с пациентами, они активно вовлечены в ход занятия.

3. Заключительная часть занимает 10 минут от занятия. Оценивается мнение пациентов о проведенном занятии. Проводится краткое тестирование настроения, пациентов просят нарисовать с обратной стороны листа свое настроение на данный момент времени. Также рассматриваются темы следующих занятий.

Тематика занятий распределена по дням недели, что позволяет пациентам, находящимся на амбулаторном лечении или в режиме дневного стационара расширить возможность выбора досуга.

Понедельник: Кружок «Вокруг света» 17.00-18.00

На занятиях кружка обсуждаются достопримечательности разных стран. Традиции и обычаи различных народов. История основания государств. Для лучшего восприятия материала на занятиях предоставляется видео и фото материалы (слайды). Также прослушивается как народная музыка, так и гимны стран-выбранных в тематике занятия. В конце занятия каждый участник высказывает свое мнение и точку зрения по поводу изложенного материала. Предлагаются темы для следующего занятия. Темы занятия выбираются по желанию и предложениям участников кружка.

Вторник: Литературный кружок «Алые паруса» 17.00-18.00.

На занятиях литературного кружка проходит обсуждение поэтических произведений, рассказов, романов и пр. Пациентов знакомят с биографией известных писателей и поэтов, с классическими и современными литературными произведениями. Критериями отбора произведений являются оптимистичность, жизнеутверждающее содержание [6]. Занятия проводятся раз в неделю с группой 7-8 человек и имеют четкую структуру. В первой части занятия ведущие

рассказывают о биографии писателя, об основных этапах его творческого пути, ведущем литературном направлении. Вторая часть занятия – чтение и/или обсуждение произведения. Пациенты высказывают свою точку зрения, делятся впечатлениями. Занятия имеют и образовательную направленность (например, совладание с жизненными трудностями, их преодоление героями произведений), способствуют эмоциональному обогащению пациентов в процессе диалога между собой. Важной частью является самостоятельная подготовка пациентов к занятиям: чтение произведений, составление собственного сочинения, эссе, стихотворения с последующим обсуждением, что создает чувство востребованности, пробуждает интерес к творчеству.

В планах организация обучения пациентов основам компьютерной грамоты и пользования Интернетом.

Вывод: нужно отметить, что совместные усилия специалистов оказывающих психиатрическую помощь положительно влияют на лечение пациентов, что подтверждает концепцию психосоциальной реабилитации. Расширение социальных связей пациентов через возможность организации их продуктивного досуга улучшает социальное функционирование и качество жизни больных, повышая адаптивность копинг-поведения; благодаря таким занятиям снижается уровень самостигматизации пациентов, стигматизации психиатрии в социуме в целом; улучшается комплаентность пациентов не только к психофармакотерапии, но и к различным формам психосоциальной реабилитации, что повышает эффективность лечения.

В результате проведенных занятий пациенты отмечали улучшение настроения и общего психоэмоционального состояния, уменьшение внутреннего напряжения, появление интереса к жизни. Это в свою очередь помогает в преодолении трудных жизненных ситуаций.

Таким образом, создание Клуба является перспективным и необходимым направлением психосоциальной коррекции душевнобольных [3].

Литература

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2004. 492 с.
2. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Уткин А.А. и др. Новая организационная форма психиатрической помощи: отделение внебольничной реабилитации // Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / Под. ред. проф. И.Я.Гуровича, проф. О.Г.Ньюфельдта. М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2007. С.217-225.
3. Друес Й. Эффективность психосоциальной реабилитации // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. Т. 15, № 1. С. 100-104
4. Левина Н.Б., Любов Е.Б. Организация самопомощи в системе реформируемой психиатрической службы с опорой на сообщество //Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / Под. ред. проф. И.Я. Гуровича, проф. О.Г. Ньюфельдта. М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2007. С. 318-332.
5. Былим И.А., Маслова Т.Ф., Порубаева М.Н. Социальная работа в психиатрии: становление, развитие, опыт // Учебное пособие по курсу/ Ставрополь: СКСИ, 2004.-с.47-52.
6. Barton S. Psychosocial rehabilitation services in community support systems: A review of outcomes and police recommendations // Psychiatr. Services. 1999. Vol.50. P.525-534.

РАЗДЕЛ II.

НОРМАЛЬНОЕ И АНОМАЛЬНОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ

Н.В. Антропова

РАННЕЕ ПРИОБЩЕНИЕ НЕЗРЯЧИХ ДЕТЕЙ К КНИГЕ КАК ВАЖНЫЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Челябинская областная библиотека для слепых
г. Челябинск

«Книга есть то связующее звено, которое соединяет слепого со зрячим. Научить читать слепых и составить хорошую библиотеку для их употребления – есть первые задачи, к осуществлению которых надо стремиться» (А. Адлер).

Исключительно важную роль в речевом и личностном развитии ребёнка играет детская литература. Она позволяет приобщиться к мировой культуре, помогает осмыслению себя и окружающего мира. Зрячие дети с раннего возраста знакомятся с книгой. К школе они понимают иллюстрации, а многие умеют читать. Для детей-дошкольников со зрительной депривацией (недостаточностью), обычная книга часто является всего лишь предметом с гладкими страницами, который взрослые берут в руки и листают, когда рассказывают сказки. Тексты книг, не подкреплённые наглядным материалом, воспринимаемым с помощью сохранных анализаторов, не способствуют пониманию их содержания, и даже если ребёнок понял содержание прочитанного в целом, то без опоры на наглядность многие слова остаются для него непонятыми. Таким образом, вербальное восприятие книг, особенно в дошкольном и младшем школьном возрасте, когда у ребёнка интенсивно идет накопление чувственного опыта, не обогащает данный опыт и не способствует расширению представлений об окружающем мире.

Чтение для слепого и слабовидящего ребёнка играет особую роль. Оно способствует его социализации: о многом в окружающем мире он может узнать исключительно из книг, только путём чтения. Одну из своих главных задач библиотека видит в том, чтобы научить детей самостоятельно пользоваться

библиотекой и искать необходимую информацию. Положительного эффекта при решении поставленной задачи коллектив библиотеки для слепых добивается путём внедрения нестандартных моделей библиотечного обслуживания, непосредственного и опосредованного влияния на организацию чтения аномальных детей; моделей, основным принципом которых является систематичность в предоставлении всего спектра услуг, а конечной целью – успешная адаптация детей-инвалидов в обществе.

В течение последних 3-х лет в результате реализации детских проектов Челябинская областная библиотека для слепых имеет:

- выделенное специальное социокультурное пространство (детский сенсорный мультимедийный центр) для свободной деятельности детей – чтения, игр, развивающих занятий, общения, творчества;

- сбалансированные информационные ресурсы для детей за счёт строгого отбора и разумного комплектования фондов лучшими детскими книгами всех форматов, формирования электронных ресурсов – мультимедийных энциклопедий, учебных пособий, способствующих восприятию и запоминанию текстовой информации, а также за счёт самостоятельного издания тактильных рукодельных книг, которые являются превосходным средством формирования игровой среды и плавного перехода от игровой деятельности ребёнка к его социализации и включению в мир книжной культуры;

- автоматизированное рабочее место для пользователей-детей с Брайлевскими дисплеем и принтером, со специальным программным обеспечением;

- тифлотехнические средства;

- игротека;

- возможность оказания психологической помощи нуждающимся в ней детям и родителям, благодаря сотрудничеству с образовательными и реабилитационными учреждениями (ЧГПУ, ЧелГУ, областной центр диагностики и консультирования, офтальмологическое отделение ЧОДКБ), проводятся индивидуальные и групповые психологические тренинги.

В условиях мультисенсорной среды очень эффективно «работают» тактильные книги для маленьких читателей. Тактильная книжка даёт возможность

слепому малышу «читать». Удобная форма, новые выразительные приёмы, разнообразные ощущения – всё это делает тактильную книгу волшебным средством в работе с юными пользователями библиотеки. Новые условия побуждают к активности маленького читателя, помогают тренировать устойчивость его внимания, развивают пространственное мышление – потенциал интеллекта.

Развитие компенсации слепоты осуществляется с первых дней рождения и зависит от организации жизни и деятельности ребёнка, от того, как родители помогают ему познавать мир и овладевать им. Если вы ребёнка просто пеленаете, моете и кормите – это вы за ним ухаживаете. Если вы говорите при этом нечто вроде: «Ах, ты мой сладкий! Давай-ка эту ручку сюда, а вот эту – в рукавичку. А теперь мы наденем памперс», – это вы его воспитываете: ибо человек должен знать, что его любят, с ним общаются и вообще, чем раньше вы начинаете разговаривать со своим малышом, тем лучше. А если вы пичкаете ребёнка такими, например, приговорками (делая массаж или зарядку):

Потягунюшки, порастунюшки,	поглаживаем от головы
Поперёк толстунюшки,	до пяточек.
А в ножки – ходунюшки,	двигаем ножками
А в ручки – хватунюшки,	сжимаем и разжимаем кулачки и т.д.,

то вы устанавливаете ритм, включаетесь в общий энергетический поток земли, вы «заговариваете» ребёнка на здоровье. А, кроме того, вы даёте ему первые знания о себе, первые уроки речи, включаете систему компенсации слепоты.

В беседах с родителями мы обращаем внимание на необходимость подобного общения с ребёнком, особенно в дошкольный период, предлагаем овладеть «пальчиковыми» играми, которые и обучением-то не назовёшь. Весело, увлекательно и полезно, потому что «ум ребёнка находится на кончиках его пальцев», как отмечал известный педагог В.А Сухомлинский. Чем активнее в семье используются игровые приёмы в общении с ребёнком, тем легче он познаёт окружающий мир. Когда приходит время взять в руки книгу, багаж знаний незрячего ребёнка должен быть достаточно большим. Поэтому прежде, чем ребёнок возьмёт сам в руки книгу, необходимо, чтобы родители считали первой необходимостью пользоваться подсказками из книг, которые имеются в нашей

библиотеке. Роль взрослого в развитии слепого ребёнка более значительная, чем в жизни нормально видящего. Связано это с отсутствием у ребёнка непосредственного зрительного подражания. Слепой ребёнок должен быть специально обучен тому, чему зрячий обучается сам.

Тактильная рукодельная книга принципиально новый тип изданий для незрячих детей. С помощью такой книги можно наглядно ребёнку продемонстрировать то, о чём рассказывается в книге. Рукодельная тактильная книга, если она методически грамотно выполнена, то есть с учётом особенностей восприятия незрячим ребёнком окружающих предметов, может стать хорошим помощником при устранении пробелов в представлениях окружающего мира.

Размер тактильной книги удобен для обследования (20см x 28см), изображение передаёт характерные признаки объекта, все детали имеют естественный цвет. В нашей практике был случай, когда слепая девочка (9 лет) при знакомстве с книгой спросила у библиотекаря «А зачем вы говорите, что огурец зелёный? Я же всё равно не вижу». В беседах с родителями мы настаиваем на том, чтобы при знакомстве с окружающим миром родители ни в коем случае не подчёркивали ограничение ребёнка. Библиотекарь, который проводит занятия, никогда при знакомстве с тактильными книгами не забывает говорить о цвете предметов, изображённых в книге. Есть такие занятия, где проводятся параллели между цветом, звуком, запахом, тактильным восприятием.

Книга должна приносить радость ребёнку, поэтому необходимо учить пользоваться ею. Чтение тактильной книги начинается с общего обследования. Библиотекарь учит ребёнка определять верх и низ книги (по низу каждой страницы приклеивается или пришивается рельефная линия или треугольничек). Дальше каждая страница исследуется двумя руками в разных направлениях: сверху вниз, справа налево и обратно, по окружности. Это позволяет определить наличие предметов на странице. Дальше переходим к изучению предмета. На странице тактильной книги, как правило, присутствует минимум предметов: 1-3. Каждый предмет изучаем сверху вниз, начиная от верхней границы контура. Затем смотрим каждую деталь, это делать можно всеми пальцами, но больше всего задействованы указательные. Во время знакомства дошколят с так-

тильной книгой мы уделяем внимание и правильной постановке руки, позднее это пригодится при изучении системы Брайля. В рукодельной тактильной книге часто присутствует главный герой книги, который по воле читателя переселяется со страницы на страницу. Чаще всего это объёмная игрушка. В книге «Аквариум» - это рыбка. В книге «Рождество Христово» - это мальчик и девочка, которые узнают историю рождения Христа по дороге в храм. При наличии в книге объёмных игрушек, знакомство с книгой начинается со знакомства со съёмной игрушкой. Игрушку изучаем в разных положениях. При этом обращаем внимание на основные части предмета (например, длинные уши у зайца, пушистый хвост у лисы). В книге «Курочка Ряба» таким героем является яйцо.

На первой странице мы вместе с ребёнком знакомимся со стариком и старухой («Жили – были старик со старухой»). Нашу «Курочку...» мастерил профессиональный художник, поэтому герои рельефны, с чёткими линиями. Легко определяются черты человеческих лиц, характерные особенности животных. Одежда из натуральных тканей. На следующей странице мы знакомимся с Курочкой. Наши читатели с лёгкостью определяют основные детали: голова, хвост, крыло, лапки. На голове клюв и глаз. Перо в изготовлении не использовали, потому что у некоторых детей перья вызывают аллергическую реакцию. Подобрали ткань близкую по ощущениям к перьевому покрову. После знакомства с Курочкой читаем сказку дальше. «И снесла она им яичко непростое, а золотое». Вот тут-то из кармашка с обложки книги появляется золотое яичко (оно закреплено на шнурочке, чтобы не потерялось) и его можно попытаться разбить вместе со стариками и смахнуть хвостиком Мышки, которая пока притаилась на следующей странице.

Рукодельная книга многофункциональна. Во-первых, тактильная рукодельная книга развивает комплекс практических умений: формирование и совершенствование обследовательских действий, развитие зрительно-моторных координаций и ориентировка в микропространстве. Следующий аспект связан с психическим развитием, включающим в себя формирование точных представлений, развитие памяти, мышления, воображения, связной речи, преодоление вербализма. И всё это способствует развитию личностных качеств, которое выражается в развитии активности в получении информации, в преодолении чувства неуверенности

при тактильном контакте с незнакомым объектом, в проявлении творческих способностей и в формировании игровых умений. Но всё вышеперечисленное является производным из понятия «книга». Самое главное преимущество тактильной рукодельной книги в том, что незрячий ребёнок имеет возможность взять в руки доступную книгу в 3-4 года, т.е. примерно в то же время, что и его зрячий сверстник. А задача книги, по словам известного педагога и писателя Януша Корчака, заключается в том, чтобы обеспечить, ускорить познание жизни. Более того это ускорение будет более продуктивным, если ребёнок примет участие в создании тактильной книги. Совместное чтение, а тем более изготовление рукодельной книги обеспечивают тесный контакт взрослого и ребёнка. Это для зрячего ребёнка достаточно увидеть улыбку мамы, чтобы почувствовать её внимание. Для незрячего же ребёнка необходимо прикосновение любящих рук или звучание родного голоса, что и даёт процесс чтения тактильной рукодельной книги.

Литература

1. Денискина, В.З. Подготовка незрячего ребёнка к пониманию рельефных картинок // Тактильная картинка в жизни незрячего ребёнка: материалы межрегионального семинара. – Н. Новгород, 2003. – С.5.
2. Корнилова, И.Г. Игра и творчество в развитии общения старших дошкольников с нарушениями зрения. Креативная игра-драматизация [Текст]: для воспитателей дошк. учреждений и родителей / Ин-т коррекц. педагогики РАО. – М.: Экзамен, 2004. – 159 с.
3. Плаксина, Л.И. Роль тактильной книги в психическом развитии слепого ребёнка // Создание и использование тактильных рукодельных книг для социальной адаптации и реабилитации детей-инвалидов. – Тула, 2005. – С.4-9.
4. Приобщение к чтению детей с проблемами зрения: дайджест / сост. Т.Л. Погребная; ред. Л.М. Байгулова. – Новосибирск: Обл. спец. б-ка, 2007. – 20 с.
5. Черенкова, Е.Ф. Оригинальные пальчиковые игры. – М.: РИПОЛ КЛАССИК, 2008. – 186 с.

И.А. Гехт
**ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ-СИРОТАМИ И
ДЕТЬМИ, ОСТАВШИМИСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ,
ИМЕЮЩИЕ ПСИХИЧЕСКОЕ НЕДОРАЗВИТИЕ**

Министерство социальных отношений Челябинской области
г. Челябинск

Детская инвалидность, ее профилактика – чрезвычайно важная современная медико-социальная проблема. Общая численность детей в Челябинской области в 2009 году (0-17 лет) составила 651763 человек, детей-инвалидов – 10680 (1,6% от общей численности детей).

По информации Министерства здравоохранения Челябинской области в общей структуре заболеваний, обусловивших возникновение инвалидности, в течение ряда лет доминируют следующие виды патологии:

- психические расстройства и расстройства поведения (31,5%);
- врожденные аномалии (18,5%);
- болезни нервной системы (17,8%);
- болезни эндокринной системы, нарушения обмена веществ (6,5%).

Эти патологии обуславливают количество детей, которые обучаются по специальным программам. По состоянию на 01.01.2010 года в учреждениях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, проживало 2922 человека, из которых детей дошкольного возраста – 353 (12% от общей численности проживающих), детей школьного возраста 2569 (88% от общей численности проживающих) человек, в том числе обучающихся по программе С(к)Оу VIII вида, 781 (30% от количества учащихся) ребенок. В целях реализации п. 10 ст. 50 Закона РФ «Об образовании» в системе социальной защиты населения Челябинской области решаются задачи обеспечения государственных гарантий доступности образования детей с отклонениями в развитии; удовлетворения потребностей их в специальных (коррекционных) образовательных услугах, посредством существующей сети учреждений, а также на базе образовательных учреждений области.

На сегодняшний день функционирует 55 образовательных учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе: 3 специальных (коррекционных) детских дома для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, с ограниченными возможностями здоровья; МОУ специальный (коррекционный) детский дом «Теремок» с ограниченными возможностями здоровья» г. Златоуст (18 воспитанников); МОУ «Специальный (коррекционный) детский дом № 1 для детей с отклонениями в развитии» г. Коркино (19 воспитанников); МОУ «Специальный (коррекционный) детский дом для детей с ограниченными возможностями здоровья» г. Миасс (21 воспитанник). В этих учреждениях проживает 58 (7% от 781) воспитанников, у которых в структуре дефекта - легкая умственная отсталость и которым в соответствии с заключением МППк рекомендовано обучение по программе С(к)Оу - VIII вида, эти воспитанники обучаются на базе специальных (коррекционных) образовательных учреждений муниципальных образовательных учреждений.

5 специальных (коррекционных) школ-интернатов для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, с ограниченными возможностями здоровья: Тюбукская специальная (коррекционная) школа - интернат, с отклонениями в развитии, Каслинского муниципального района (51 воспитанник); Лазурненская специальная (коррекционная) школа-интернат, с ограниченными возможностями здоровья, Красноармейского муниципального района (99 воспитанников); МОУ специальная (коррекционная) школа-интернат №5, с отклонениями в развитии, г. Магнитогорск (38 воспитанников); МОУ Есаульская специальная (коррекционная) школа-интернат, с отклонениями в развитии, Соновского муниципального района (78 воспитанников); МОУ специальная (коррекционная) школа-интернат, с отклонениями в развитии VIII вида № 9, г. Челябинск (149 воспитанников). В этих учреждениях проживает 415 (53% от 781) детей с легкой умственной отсталостью, которые получают образовательные услуги на базе этих школ-интернатов.

Следует отметить, что 230 (30% от 781) детей с психическим недоразвитием проживает в 43 детских домах для детей-сирот и детей, оставшихся без

попечения родителей (общего типа). Оставшиеся 78 (10%) детей проживают и обучаются в 3х школах – интернатах: г. Бакала, Саткинского муниципального района (15 воспитанников), в школе - интернате «Семья» г. Магнитогорск (59 воспитанников), в школе - интернате, с отклонениями в развитии № 13, г. Челябинск (4 воспитанника).

В ходе проведенного анализа контингента воспитанников учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, установлено, что наряду с воспитанниками, имеющими в структуре интеллектуального дефекта психическое недоразвитие, в учреждениях проживает 984 (38% от количества обучающихся воспитанников) ребенка с задержкой психического развития, нарушением психологического развития, с пограничными интеллектуальными состояниями – это воспитанники, которым рекомендовано обучение по программе С(к)Оу VII вида. Лишь 804 ребенка, проживающих в вышеуказанных учреждениях, обучаются по программам общеобразовательной школы.

Из выше представленных данных, характеризующих контингент воспитанников следует, что 1765 (69%) детей имеют проблемы в интеллектуальном и психофизическом развитии, являющиеся объективными факторами, негативно влияющими на дальнейший процесс адаптации, социализации и интеграции выпускников детских домов в общество.

Во-первых, существующая система образовательного процесса в сиротских учреждениях имеет определенные недостатки. Учреждение, призванное выполнять функцию замены семьи для несовершеннолетнего ребенка, не всегда в полном объеме с нею справляется. Прежде всего, это заключается в гиперопеке над воспитанником в стенах учреждения. За него многое решается и делается взрослыми. Строгий режим дня, постоянный контроль за действиями ребенка, выдача вещей – все это является причиной отсутствия у ребенка инициативы, поисковых форм поведения, ответственности и самостоятельности, формируется иждивенческая позиция, а самое главное, не формируется социальная готовность ребенка к самостоятельной жизни в обществе.

Во-вторых, особенности психического, психофизического и психоневрологического статуса этой категории детей таковы, что для эффективной адаптации в социуме им требуется более длительное, комплексное сопровождение как в процессе дальнейшего профессионального обучения, так и в процессе трудоустройства. Так как вследствие интеллектуального дефекта у этих воспитанников в большей степени, чем у других сформированы различного рода зависимости, проявления девиантного и делинквентного поведения, что в свою очередь детерминирует социальную дезадаптацию.

На сегодняшний день в области не разработана и не реализуется технология постинтернатного сопровождения.

В-третьих, в системе начального профессионального образования Челябинской области отсутствуют специализированные училища для выпускников детских домов, имеющих психическое недоразвитие. Данная проблема решается посредством открытия специализированных групп при отдельных училищах. Штат специалистов, осуществляющих обучение в этих группах, не обеспечивает реализацию комплексного подхода к этой категории детей.

В-четвертых, диапазон профессий, которые могут получить выпускники с психическим недоразвитием ограничен (швея, штукатур, мастер общестроительных, отделочных работ, цветовод, овощевод, маляр-отделочник, обувщик, портной, столяр-плотник, плотник).

К тому же профессиональный выбор зачастую зависит от места расположения детского дома и возможного училища, в котором есть общежитие. Многие воспитанники получают профессию в других муниципальных образованиях области, где по окончании не всегда могут трудоустроиться, так как полученные профессиональные навыки не всегда востребованные и оплачиваемые на современном рынке труда.

В настоящее время Министерством социальных отношений Челябинской области реализуются мероприятия постинтернатного сопровождения выпускников образовательных учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, имеющих психическое недоразвитие.

О.С. Гольдфарб
**КОМПЬЮТЕРНАЯ ИГРОВАЯ АДДИКЦИЯ И АГРЕССИВНОСТЬ
ПОДРОСТКОВ**

Челябинский государственный университет
г. Челябинск

Приобщение к компьютерным играм в современное бурное время развития компьютерных технологий начинается, как правило, с раннего детского возраста. Мощный поток новой информации, применение компьютерных технологий, а именно, распространение компьютерных игр, оказывает большое влияние на воспитательное пространство современных детей и подростков. Существенно изменяется структура досуга подрастающего поколения, так как компьютер сочетает в себе возможности телевизора, DVD приставки, музыкального центра, книги. Однако со временем при работе на компьютере закрепляются эмоциональные состояния, характерные для общения со значимыми другими людьми: азарт, сосредоточенность, решительность, любопытство, удовлетворение, удовольствие, радость, тревога и т.д. То есть постепенно виртуальная реальность начинает замещать более «бледную» действительность, так как именно компьютерные технологии обеспечивают тотальное насыщение зрительного, слухового и кинестетического анализатора за единицу времени.

Изучению специфики взаимодействия детей и подростков с компьютерами посвящено большое количество социально-психологических и психолого-педагогическим исследований, например, М. Коул, С. Пейперт, А.В. Беляева, А.Е. Войскунский, М.Н.Заостровцева, С.Л. Новоселова, Ш. Текл и др. Авторами отмечается одновременность и двойственность процессов расширения возможности высоких технологий: их доступности и увеличения влияния высоких технологий на самого человека. Несмотря на негативное отношение к компьютерным играм, многочисленные экспериментальные данные Лонга, Миллера говорят в пользу развивающего эффекта компьютерных игр, их важной роли в обучении. Навыки, формируемые в процессе освоения игровой компьютерной деятельности, позволяют подростку реализоваться в среде сво-

их сверстников, способствуя личностному самоутверждению, самоактуализации. В тоже время, по мнению специалистов Л.Н. Юрьевой, Т.Ю. Болбат увлечение компьютерными играми способствует снижению дефицита познавательных процессов, мобилизации интеллектуального потенциала личности. Негативным последствием является формирующаяся компьютерная аддикция. Термин компьютерной зависимости появился еще в 1990 году. Психологи классифицируют эту вредную привычку как разновидность эмоциональной «наркомании», вызванной техническими средствами. По мнению А.И. Фалькова, если подросток предпочитает агрессивные игры это значит, что он стремится преодолеть страх перед каким-то явлением или человеком. Это предположение отражает аналогичную связь с обычными играми, в которых ребенок может бить, рвать, колоть куклу. Аналогия с виртуальным персонажем игры, исполняющим функции и героя и игрока, сопровождаемая акустическими и визуальными реакциями (шум, взрывы, крики) создает впечатление мнимого могущества, иллюзию победы над врагами. Таким образом, компьютерная игра становится стихийной проективной методикой, вскрывающей скрытую от окружающих внутреннюю жизнь подростка. Вопрос о влиянии компьютерных игр на формирующуюся личность подростка связан с двумя основными проблемами психолого-педагогического характера. Первая – проблема формирования игровой компьютерной зависимости подростков. Этот поведенческий феномен рассматривается как альтернативная форма адаптации некоторых подростков к жизненным условиям, средство их самореализации и эмоционально-психической регуляции. Во-вторых, игровая компьютерная зависимость, как и любая форма поведенческой аддикции, имеет разрушительные последствия для формирующейся личности подростка и его социальной адаптации.

Чрезмерное увлечение компьютерными играми проявляется в негативных изменениях поведения, мотивации, эмоционально-аффективной сферы подростка, в снижении успеваемости в школе, ухудшении физического самочувствия. Возникают проблемы в общении с окружающими людьми, прежде

всего с членами семьи. Психологические особенности, свойственные подростковому возрасту (повышенные требования взрослых, зависимость от сверстников, информационная перегрузка, необходимость профессионального самоопределения) способствуют возникновению острой эмоциональной нестабильности. Возникновение специфичных состояний на этом этапе увлечения компьютерными играми способно особенно сильно повлиять на мотивационную и эмоционально-волевую сферы и поведение подростка.

С развитием научно-технического мира появляются новые социальные условия существования личности. Тема агрессии становится все более актуальной в обществе. Нередко агрессивность в открытой или замаскированной форме культивируется в обществе как орудие в борьбе за преуспевание. Агрессия – это любая форма поведения, нацеленного на оскорбление или причинение вреда другому живому существу, не желающего подобного обращения. Возникновение враждебности и формы проявления агрессии зависят от специфических условий социальной среды, в которой развивается личность. Не находя прямого выражения, агрессия заявляет о себе в символических формах. Одной из таких форм является компьютерная игра.

С другой стороны, компьютерная игра может сама выступать в качестве фактора влияния на агрессивное поведение человека. Агрессивность в личностных характеристиках подростков формируется в основном как форма протеста против непонимания взрослых, из-за неудовлетворенности своим положением в обществе, что проявляется в агрессивном поведении.

По мнению А.Е.Войскунского и О.В.Смысловой, последствия применения информационных технологий носят амбивалентный характер: любой вид деятельности в Интернете (игровая, коммуникативная и познавательная) может способствовать как всестороннему развитию личности, так и вести к нежелательным последствиям. Так в разумных пределах времени компьютерные игры дают подростку возможность активной эмоциональной разрядки, однако в больших дозах они приводят к негативным последствиям, затрагивающим все уровни психической структуры личности подростка. В компьютерной иг-

ре, исходя из ее логики, подросток может совершать те действия, которые не находят социального одобрения или являются негуманными и безнравственными. Подросток, ассоциируя себя с виртуальным персонажем, может ударить, убить противника, используя при этом самые разнообразные виды оружия, и закрепить такую реакцию на аналогичные жизненные ситуации. Нельзя однозначно утверждать, что после определенного количества игр подросток будет использовать реальное оружие, совершать асоциальные действия. Возможно, мир игровой компьютерной действительности воспринимается подростком вполне адекватно, однако, в процессе игры формируются фиксированные навыки и импульсы действий определенного характера, реализацию которых может спровоцировать любой сигнал внешнего мира. Впервые классификация компьютерных игр была представлена отечественным психологом А.Г. Шмелёвым в 1988 году. Им выделено: ролевые компьютерные игры: игры с видом «из глаз» «своего» компьютерного героя, игры с видом извне на «своего» компьютерного героя, руководительские игры; неролевые компьютерные игры: аркады, головоломки, игры на быстроту реакции, традиционно азартные игры (карточные игры, имитаторы рулетки, игровых автоматов и др.). Это разделение имеет принципиальное значение, поскольку природа и механизм образования психологической зависимости от ролевых компьютерных игр имеют существенные отличия от механизмов образования зависимости от неролевых компьютерных игр. Как показывают исследования, человека, страдающего игровой компьютерной зависимостью привлекает в игре, прежде всего, наличие собственного (интимного) мира, в который нет доступа никому, кроме него самого. Этот мир позволяет человеку быть «сильным», «уверенным в себе», «победителем»; даёт возможность исправлять ошибки и безответственные поступки столько раз, сколько захочется; избавляет от ответственности за неверные решения; помогает абстрагироваться от внешних проблем и многое другое. Само увлечение подростков компьютерными играми в известном смысле является признаком личного неблагополучия. Чаще всего игровая зависимость присуща тем подросткам, которые не могут самоутвердиться в других видах

деятельности (учебной, спортивной, общении со сверстниками, друзьями, родными и близкими). Причинами возникновения такого поведения, как правило, является влияние семьи, школы, социальных факторов (Ц.П. Короленко, Т.А. Донских). Проведенное эмпирическое исследование 120 подростков 12 – 16 лет достоверно выявило, что имеющие компьютерную зависимость подростки отличаются от своих сверстников играющих, но не имеющих компьютерную зависимость, повышенной склонностью заражаться агрессией толпы, ригидностью. Рассмотрим более подробно. Так, при помощи беседы и опроса нами было выявлено, что 75% исследуемого контингента в возрасте от 12 до 16 лет имеют компьютер. При этом наблюдается гендерная увлеченность играми: девочки предпочитают логические игры, рисование, игры-путешествия; мальчики предпочтительно играют в игры, связанные со скоростью 26%, насилием 13%, стрельбой 17%. Контроль со стороны родителей с возрастом ослабевает. Учащиеся 5-х классов контролируют чаще во времени, проведенным за компьютером, чем учащиеся 7-х классов.

По методикам «Опросник агрессивности Басса-Дарки», «Опросник определения интегральных форм коммуникативной агрессивности В.В. Бойко», «Самооценка психических состояний Айзенка» был выявлен и подтвержден тот факт, что компьютерные игры являются одним из факторов, влияющих на агрессивность подростков. Выявлена значимая корреляционная связь: экспериментальная группа $r=20,4$; контрольная группа $r=15,3$. По сравнению с нормами (нормой агрессивности по методике «Опросник агрессивности Басса – Дарки» является величина ее индекса, равная 21 ± 4 и по методике «Определение интегральных форм коммуникативной агрессивности В.В.Бойко» индекс агрессивности соответственно от 0 до 8) у подростков 12-14 лет, играющих в компьютерные игры, отмечается повышенный уровень агрессии (31,15); у подростков 12-14 лет не играющих в компьютерные игры отмечается невысокий уровень агрессии (19,34); у подростков 15-16 лет, играющих в компьютерные игры очень высокий уровень агрессии (43,75); у подростков 15-16 лет, не играющих в компьютерные игры, повышенный уровень агрессии (31,04).

Таким образом, при анализе полученных данных выявлено: с возрастом уровень агрессии у подростков повышается, но по качеству агрессия подростков контрольной и экспериментальной групп отличается. Подростки с игровой компьютерной зависимостью более внушаемы, применяют физическую агрессию, ригидны и склонны заражаться агрессией толпы. Можно предположить, что все то, что они видят на экране монитора, т.е. образ того как необходимо поступать, эталон превосходства над другими, они выносят в «жизнь». При таком поведении подросток становится антисоциальным. Подростки без игровой компьютерной зависимости более склонны выражать негативные чувства как через форму (крик, визг, ссора), так и через содержание словесных ответов (угрозы, проклятия, ругань).

У подростков 12-14 лет, играющих в компьютерные игры, отмечается повышенный уровень агрессии (31,15). У таких подростков агрессия окольными путями направлена на другое лицо (например, злобные шутки), а также агрессия, которая ни на кого не направлена (взрывы ярости, проявляющиеся в крике, топании ногами) (12,04%). Косвенная агрессия в свою очередь связана со спонтанностью (6,16%) и выражением негативных чувств через форму (например, ссоры, крик, визг), так и через содержание словесных ответов (упреки, угрозы, ругань, насмешки) (18,21%). Недоверие (14,8%) и осторожность по отношению к людям, основанные на убеждении, что окружающие намерены причинить вред, влияет на ритуализацию агрессии (2,44%) и на ригидность (27,04%). Готовность к проявлению при малейшем возбуждении вспыльчивости, резкости, грубости (14,01%) оказывает влияние на провокацию агрессии окружающих (5,30%). У подростков 12-14 лет, не играющих в компьютерные игры, отмечается невысокий уровень агрессии (19,34). Выражением агрессивности у таких подростков являются: готовность к проявлению при малейшем возбуждении вспыльчивости, резкости, грубости (26,87%); выражение негативных чувств через форму (ссоры, крик, визг), так и через содержание словесных ответов (упреки, угрозы, ругань, насмешки) (36,86%). При снижении

косвенной агрессии (21,37%) повышается неумение переключать агрессию на деятельность или неодушевленные объекты (14,9%).

У подростков 15-16 лет, играющих в компьютерные игры очень высокий уровень агрессии (43,75) связан с получением удовольствия от агрессии (5,36%), провоцированием агрессии у окружающих (9,17%), неспособности «тормозить» агрессию (4,84%). При снижении физической агрессии (22,15%) увеличивается «расплата» за агрессию (7,27%). Так же при снижении косвенной агрессии (15,05%) повышается неумение переключать агрессию на деятельность или неодушевленные объекты (9,34%). Подростки выражают сдерживающее влияние чувства вины на проявление форм поведения, которые обычно запрещаются (нормами общества), степень убежденности подростка в том, что он является плохим человеком, совершающим неправильные поступки (19,72%). Впоследствии такой подросток направляет агрессию на себя (7,09%). У подростков 15-16 лет, не играющих в компьютерные игры, повышенный уровень агрессии (31,04). У таких подростков агрессия (38,52%) окольными путями направлена на другое лицо (сплетни, злобные шутки) (19,03%), а также агрессия, которая ни на кого не направлена (взрывы ярости, проявляющиеся в крике, топанье ногами, битье кулаками по столу и т. Д.). Такие подростки провоцируют агрессию у окружающих (8,02%) и не готовы к изменениям программы действия в соответствии с новыми ситуационными требованиями (34,43%). Таким образом, можно сделать вывод, что компьютерные игры агрессивного содержания способствуют развитию агрессивных тенденций личности. Подростки более внушаемы, применяют физическую агрессию, ригидны и склонны заражаться агрессией толпы. Все, что видят на экране монитора, эталон превосходства над другими, они выносят в реальную жизнь. Фантазии все более и более овладевают человеком. Он не может отличить реальную жизнь от фантазии. У тех подростков, которые отдают предпочтение внешним видам агрессии, часто наблюдается закрепление физического вида и вида вербальной агрессии. То есть свое выражение негативных чувств они реализуют через ссоры, крики, упреки, угрозы или драки, рукопри-

кладство. Безусловно, такое поведение не относится к разряду социально одобряемого, соответственно, подросток начинает все больше отстраняться от «социальной нормы», часто позволяет дать разрядку своим негативным эмоциям в такой обстановке, где их преимущественно не знают и мала вероятность понести наказание. Однако, если агрессивность внешне не проявляется, очень часто это приводит к повышению внутренней агрессии, к нарастанию различных аддикций, вплоть до саморазрушения (например: через употребление наркотических, алкогольных средств, суицидальных попыток).

Литература

1. Войскунский А.Е. Психологические аспекты информационной безопасности / А.Е. Войскунский. Глобальная информатизация и безопасность России. – М.: Изд-во Московского университета, 2001. – С.168-175.
2. Девиантность и социальный контроль в России (XIX-XX вв.): тенденции и социологическое осмысление / Научное издание. – СПб.: Алетейя, 2000. – 384 с.
3. Дикерсон М. Внутренние и внешние детерминанты зависимости от азартных игр: проблемы разграничения разных видов азартных игр// Исследование азартной игры. – 2003.- Вып.6 – №3. – С. 223-228.
4. Завражин С.А. Агрессивные фантазии в детском и подростковом возрасте// Вопросы психологии.- 1993.- №5 – С.44-51.
5. Перешеина Н.В., Заостровцева М.Н. Девиантный школьник: профилактика и коррекция отклонений. – М.: ТЦ Сфера, 2006. – с.143-167.
6. Старшенбаум Г.В. Аддиктология: психология и психотерапия зависимостей. – М.: Когито-Центр, 2006. – с. 367.
7. Юрьева Л. Н., Болбот Т. Ю. Компьютерная зависимость: формирование, диагностика, коррекция и профилактика: Монография. – Днепропетровск: Пороги, 2006. – с. 151.

И.В. Забозлаева, Е.В. Малинина
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОДАРЕННЫХ ДЕТЕЙ
Челябинская Государственная медицинская академия
г. Челябинск

Одаренные дети демонстрируют высокие достижения в одной или нескольких сферах деятельности: интеллектуальной, творческой, художественной и других. Для них характерно опережающее развитие по ряду психических функций. Хотя четких критериев одаренности среди специалистов пока не выработано. Даже порой ведется дискуссия: гениальный ребенок – норма это или патология. Мнения ученых в этом вопросе расходятся. И неспроста, как показывает жизнь, некоторые из одаренных детей попадают в поле зрения врачей-психиатров. Поэтому, распознав в ребенке гения, следует задуматься, нужно ли родителям больше радоваться или огорчаться. Зачастую, имея высокий уровень развития способностей (общих и специальных), при поступлении в школу эти дети испытывают большие трудности, как в социальной адаптации, так и в обучении. Это связано в большей степени с особенностями эмоционального и личностного развития ребенка, сложностями в сфере общения, усвоения социальных норм. Частота встречаемости психических расстройств у «вундеркиндов» не больше, чем у детей в общей популяции. Другое дело, что отдельные психические расстройства даже предполагают наличие высокого интеллекта. В частности, при синдроме Аспергера (разновидность синдрома детского аутизма) для ребенка характерны не только особые формы общения с окружающим миром, но и очень высокий уровень интеллектуального развития. Поэтому главная задача родителей, специалистов (педагогов, психологов, психотерапевтов, психиатров) в поле зрения которых попадают одаренные дети, помочь им адаптироваться в повседневной жизни, способствовать их развитию. Для этого нужны адекватные программы поддержки и обучения таких детей.

Е.Д. Землянкина

**ВНУТРЕННЯЯ МАТЕРИНСКАЯ ПОЗИЦИЯ И РОДИТЕЛЬСКОЕ
ОТНОШЕНИЕ ЖЕНЩИН, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С
РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ**

Челябинский государственный университет
г. Челябинск

В последнее десятилетие количество детей с диагнозом ранний детский аутизм стремительно растет. В силу крайней ограниченности контактов аутичного ребенка с внешним миром, ведущим фактором его социализации выступают взаимоотношения с матерью. В психологической литературе малоизученным остается вопрос о механизмах, регулирующих материнское поведение женщин, воспитывающих детей с РДА; о характере их личностных и социальных установок по отношению к себе в роли родителя. В связи со сказанным целью нашего исследования явилось изучение особенностей внутренней материнской позиции и родительского отношения женщин, воспитывающих детей с РДА.

Внутренняя материнская позиция имеет сложную структуру и может проявлять себя в сочетании четырех компонентов: психофизиологическом (тенденция к объединению родителя и ребенка); эмоциональном (сфера глубоких личностных переживаний по отношению к своему ребенку и к себе в роли родителя); когнитивном (определенные знания об особенностях своего ребенка, о том, что такое родительская любовь и каковы ее проявления); поведенческом (реакции и поступки родителя по отношению к ребенку, особенности семейного стиля общения, дисциплинарные воздействия) [1; 3].

Родительское отношение складывается на основе внутренней материнской позиции, включает в себя субъективно-оценочное, сознательно-избирательное представление о ребенке, которое определяет особенности родительского восприятия, способ общения с ребенком, характер приемов воздействия на него.

Понятие родительское отношение определяют как сложную систему, включающую в себя разнообразные чувства родителей по отношению к ребен-

ку, их поведенческие стереотипы, особенности восприятия и понимания характера и личности ребенка. Родительство по своей психологической природе – образование личности, включающее совокупность ценностных ориентаций родителя, установок и ожиданий, родительских чувств, отношений и позиций, родительской ответственности и стиля семейного воспитания [4; 5].

Родительское отношение складывается из трех компонентов: когнитивного, эмоционального и поведенческого. К когнитивному компоненту относятся родительские установки и ожидания в отношении образа ребенка, общие представления родителей о возможных способах взаимодействия, а также представления об особенностях, интересах, потребностях ребенка. К эмоциональной составляющей причисляют совокупность переживаний, связанных с ребенком. Поведенческая составляющая показывает стиль обращения с ребенком [2; 4].

С целью изучения особенностей внутренней материнской позиции и родительского отношения женщин, имеющих детей с ранним детским аутизмом, было организовано эмпирическое исследование, в котором приняли участие 38 женщин в возрасте от 23 до 44 лет, имеющих детей дошкольного возраста. 19 женщин воспитывают детей с РДА; 19 – воспитывают здоровых детей. Всем женщинам в ходе исследования были предложены следующие методики: цветовой тест отношений (А.Эткинд); опросник детско-родительского эмоционального взаимодействия (Е.И. Захарова); опросник «Родительская любовь и симпатия» (Р.В. Овчарова); опросник «Принятие и исполнение родительской роли» (Р.В. Овчарова); «Опросник родительского отношения» А.Я. Варги; «Анализ семейных взаимоотношений» В.В. Юстицкиса, Э.Г. Эйдемиллера; «PARY» Е.С. Шефера и Р.А. Белла. В ходе количественного анализа полученных данных применялись методы математической обработки (критерий φ^* - угловое преобразование Фишера, t – критерий Стьюдента).

Анализ результатов по опроснику детско-родительского эмоционального взаимодействия Е.И. Захаровой свидетельствует об отсутствии различий в выраженности следующих параметров эмоционального взаимодействия в диаде «мать-ребенок» у женщин обеих групп: способность воспринимать состояние

ребенка; понимание причин состояния; чувства, возникающие у матери во взаимодействии с ребенком; безусловное принятие; отношение к себе как к родителю; преобладание эмоционального фона взаимодействия. При этом отмечаются достоверные различия по таким параметрам как: способность к сопереживанию; стремление к телесному контакту; ориентация на состояние ребенка при построении взаимодействия. Причем средние значения по этим характеристикам у матерей аутичных детей превышают средние значения у матерей здоровых детей ($p < 0,05$).

Женщины, воспитывающие детей с РДА, на сознательном уровне не воспринимают эмоциональный фон взаимодействия со своим ребенком как дефицитный, не удовлетворяющий потребности в ответной чувственной реакции; при этом демонстрируют явно выраженное стремление к телесному контакту, что свидетельствует о неосознанном дискомфорте на уровне психофизиологического реагирования. Эмоциональное принятие собственного ребенка выражено и активно декларируется на внешнем (социальном) уровне, при внутреннем глубинном конфликте на психофизиологическом и психоэмоциональном. В построении контакта с ребенком они преимущественно подстраиваются под его состояние в каждый конкретный момент времени, слабо ориентируясь на дальнейшую перспективу развития и адаптации.

С целью выявления степени и уровня принятия родительской роли и характера родительской идентичности был использован опросник «Принятие и исполнение родительской роли» Р.В Овчаровой. Анализ результатов свидетельствует об отсутствии значимых отличий между группами испытуемых в проявлении устойчивого комплекса форм поведения, соответствующих исполнению семьей воспитательной функции. В выполнении роли родителя испытуемые обеих групп в равной степени руководствуются основными социальными нормами и требованиями, традиционно предъявляемыми к ней обществом, принимают на себя ответственность в ее исполнении. В тоже время женщины, воспитывающие детей с РДА, в меньшей степени ориентированы в воспитании на пример собственных родителей ($p < 0,05$). В целом можно говорить о том, что

социально-ролевая адекватность исполнения родительской роли в обеих группах имеет очень высокий уровень.

С целью выявления преобладающего у родителя чувства по отношению к ребенку (симпатия или любовь) и структурных компонентов родительской любви (психофизиологический, эмоциональный, когнитивный, поведенческий) был использован опросник «Родительская любовь и симпатия» Р.В. Овчаровой. У женщин, воспитывающих детей с РДА, выявлен дефицит на уровне психофизиологического компонента, т.е. в сфере, стимулирующей тенденцию к объединению родителя и ребенка, стремление в пространственной близости со своим ребенком ($p < 0,05$). При этом отмечается достаточное принятие ребенка на поведенческом уровне, которое проявляется в реакциях и поступках родителя, в уходе за ребенком. А также отмечается явное доминирование по сравнению с матерями здоровых детей когнитивного компонента ($p < 0,05$), предполагающего наличие определенных знаний о том, что такое родительская любовь, каковы ее проявления (способы выражения). Во взаимодействии со своим «особым» ребенком матери детей с РДА преимущественно опираются на когнитивные репрезентации, в которых представлена сложившаяся картина мира, социума, самого себя, своего ребенка.

С целью исследования неосознаваемых эмоционально-смысловых феноменов внутренней материнской позиции была применена методика «Цветовой тест отношений» А.М. Эткинды (предложены для цветоассоциирования 9 категорий: «Мой ребенок сейчас», «Мой ребенок в будущем», «Моя семья», «Мой муж», «Второй ребенок», «Я как мать», «Я как женщина», «Я как жена», «Идеальная мать»). Статистические различия обнаружены в двух категориях: «идеальная мать» и «мой ребенок в будущем». Матери аутичных детей в 100% случаев присвоили этим категориям ранг выше серого цвета, т.е. эти категории входят в группу наиболее значимых на данный момент. Матери детей с РДА на первый план ставят не актуальное состояние своего ребенка, а идеализированный образ. В категории «мой ребенок сейчас» испытуемые обеих групп наибольшее предпочтение отдавали желтому цвету. Этот цвет символизирует ак-

тивность, оптимизм, стремление к общению. Но матерям аутичных детей было свойственно наряду с желтым выбирать и такие цвета как: фиолетовый, серый и черный, свидетельствующие о неприятии, отгороженности в эмоциональном плане от своего ребенка.

По результатам методики «Анализ семейных взаимоотношений» статистические различия между матерями детей с РДА и матерями нормально развивающихся детей обнаружены по трем шкалам: «Гипопротекция»; «Чрезмерность требований-запретов»; «Проекция на ребенка собственных нежелательных качеств» ($p \leq 0.05$). Показатели по шкале «Гипопротекция» значимо ниже в группе матерей детей с РДА; в своих представлениях о стиле воспитания они не допускают возможности проявления недостаточного внимания к ребенку. При этом не обнаруживается значимых различий по шкале «Гиперпротекция», т.е. для матерей детей с РДА не характерно оказание ребенку большего внимания и затраты сил, чем для матерей нормально развивающихся детей.

Полученные показатели по признаку «Чрезмерность требований-запретов» указывают на большую выраженность фактора среди матерей нормально развивающихся детей ($p \leq 0.05$). Матери детей с аутизмом предъявляют меньше требований запрещающего характера в сравнении с матерями нормально развивающихся детей, для них характерна реализация послабляющих тактик воспитания. По-видимому, это связано с положением такого ребенка, трудностями его адаптации к внешним условиям, избирательностью к внешней среде. Однако, следует заметить, что подобная тактика со стороны родителей может привести к закреплению в поведении ребенка вседозволенности, когда ребенок не испытывает потребности в соблюдении поставленных родителями рамок, в дальнейшем – выполнении социальных норм. Ребенок получает, что хочет, не узнает того, что нельзя и почему, иными словами, подавляется активное начало в познании окружающей среды и закрепляется аффект.

По шкале «Проекция на ребенка собственных нежелательных качеств» показатели значимо выше в группе матерей детей с РДА ($p \leq 0.05$). Они достоверно чаще неосознаваемо видят в поведении своих детей черты «плохого», нежела-

тельного поведения, которые присущи им самим. Родители проецируют на детей собственные нежелательные качества и в борьбе за ребенка, имеющего синдром аутизма, ведут бессознательную борьбу с «самими собой», получая эмоциональное облегчение.

Достоверных различий по остальным шкалам опросника выявлено не было. Иными словами, для матерей детей с РДА так же, как и для матерей нормально развивающихся детей не характерны: излишнее удовлетворение потребностей ребенка, игнорирование потребностей ребенка; предъявление завышенных требований-обязанностей к ребенку, недостаточное предъявление требований-обязанностей; минимальность требований-запретов; строгое наказание за несоблюдение требований, минимальность санкций. Не характерно и отражение на отношениях с ребенком проблем в отношениях с супругом, таких личностных проблем родителя как нежелание взросления ребенка, неуверенность в своих родительских возможностях, и силах; отсутствие основательной мотивации родительства; боязни потерять ребенка; построения взаимодействия с ребенком в зависимости от предпочитаемого стереотипа отношений по половому признаку.

С целью установления родительских реакций и установок матерей, воспитывающих детей с РДА, использовался опросник PARY. Ни по одному из признаков статистических различий установлено не было. Поскольку данный опросник направлен на выявление установок родителей касательно процесса воспитания в целом, можно предположить, что на когнитивном уровне матери детей с РДА принимают свою роль в процессе воспитания и не фиксируют в нем значимых особенностей. Данный факт соотносится с литературными описаниями особенностей матерей детей с синдромом РДА, в которых экспериментально подтверждается склонность к формированию компенсаторной реакции в виде «ухода» от фрустрирующей ситуации с отрицанием существующей проблемы.

С целью выявления типа родительского отношения матерей, имеющих детей с РДА, использовался опросник родительского отношения А.Я. Варги и

В.В. Столина. По результатам опросника отмечены различия по параметрам родительского отношения «принятие-отвержение» и «кооперация» ($p \leq 0.01$). Основным типом родительского отношения среди матерей детей с РДА является отвержение с кооперационными побуждениями. Матери видят своих детей неприспособленными, испытывают досаду, раздражение, недовольство. Вместе с этим они проявляют уровень содействия ребенку и оказываемого интереса к делам ребенка достоверно выше по сравнению с родителями нормально развивающихся детей. Когнитивное отвержение матерями особенностей детей с аутизмом вызывает у них формирование побуждений к оказанию помощи, постоянному содействию ребенку в выполнении обыденных дел.

Таким образом, в ходе исследования выявлены следующие особенности:

- Ситуация воспитания ребенка с РДА и характер взаимоотношений с ним не вызывает у матерей эмоционального дискомфорта; неудовлетворенность потребности в пространственной близости с ребенком проявляется на неосознанном уровне.

- Переход к исполнению родительской роли не является внезапным, но матери аутичных детей не склонны присваивать пример родителей в воспитании собственных детей ($p < 0,05$).

- Родительская любовь как отношение данное родителю в особого рода переживании кровного родства ярко выражена, но уровень родительской симпатии, как аффективного отношения к своему ребенку ниже, чем у матерей, воспитывающих здоровых детей ($p < 0,05$). Матери аутичных детей во взаимодействии со своим ребенком больше опираются на когнитивно-поведенческие репрезентации (уход за ребенком, дисциплинарные воздействия, сложившаяся картина знаний о своем «особом» ребенке) ($p < 0,05$).

- Характерна идеализация содержания образа матери и будущих возможностей своего ребенка, а так же ориентация на эти понятия, при построении взаимоотношений с ним ($p < 0,01$).

- Для матерей аутичных детей характерно наличие, в целом, нормального уровня протекции, удовлетворения потребностей ребенка, отсутствие воспита-

тельной неуверенности и стремления восполнить неудовлетворенность иными отношениями с помощью оказания повышенного внимания ребенку; не свойственно проявление недостаточного внимания.

- Присуще предъявление меньшего количества требований запрещающего характера; характерно проецирование на ребенка собственных нежелательных качеств ($p \leq 0.05$).

- В установках воспитания не выявлены излишняя концентрация на ребенке, эмоциональная дистанция и недостаточный или чрезмерно тесный эмоциональный контакт.

Литература

1. Айвазян Е.Б., Арина Г.А. Становление внутренней материнской позиции в период беременности // Дефектология. – 2008. – № 2.

2. Белогай К.Н., Морозова И.С. Эмпирическое исследование структуры родительского отношения // Психологическая наука и образование. – 2008, № 4.

3. Иневаткина С.Е. Внутренняя позиция матери ребенка раннего возраста с синдромом Дауна: Дис. ... канд. психол. наук. – М., 2009. – 214 с.

4. Овчарова Р.В. Родительство как психологический феномен. – М.: МПСИ, 2006. – 496 с.

5. Овчарова Р.В. Психология родительства. – М.: Академия, 2005. – 368 с.

Е.Г. Зотова

**СВЯЗЬ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ И
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ
С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**

Южно-Уральский государственный университет
Областной центр диагностики и консультирования
г. Челябинск

Дети с церебральным параличом уже несколько десятилетий являются объектом пристального внимания специальных психологов, педагогов, логопедов, клиницистов. В системе образования создана сеть специальных (коррекционных) дошкольных и школьных учреждений для воспитания, обучения и реабилитации этих детей.

Современная практика общественного воспитания дошкольников свидетельствует не только об отрыве воспитания от обучения, но и о явной деформации психолого-педагогического процесса в сторону однобокого доминирования образовательных ценностей над воспитательными. Эмоциональная жизнь ребенка, как правило, вынесена за рамки организованного педагогического процесса, как в детском саду, так и в школе.

Человеческое поведение «держится» на эмоциях, они активизируют и организуют восприятие, мышление и устремления человека. Эмоции оказывают непосредственное влияние на перцептивные процессы, фильтруют информацию, которую человек получает при помощи органов чувств, активно вмешиваются в процесс ее последующей обработки [1, 2 и др.].

Исследования, посвященные изучению эмоционально-волевого развития личности ребенка дошкольного возраста, проводились многими отечественными и зарубежными учеными и исследователями, которые связывают возникновение проблем в эмоционально-волевой сфере ребёнка с дефицитом, прежде всего, положительных эмоций и волевого усилия [4 и др.]

Сензитивным периодом для становления эмоционально-волевой сферы является дошкольный возраст. Происходит становление мотивационно-

потребностной сферы, регулятивных процессов, а так же усвоение паттернов поведения на основе их эмоциональной оценки взрослыми и сверстниками.

В истории психологических исследований проблема интеллекта является наиболее изучаемой и распространённой. Именно этой проблеме посвящено достаточное количество работ, однако эти вопросы остаются дискуссионными до настоящего времени (Г.И. Айзенк, Дж. Гилфорд, Р. Кеттелл и др.).

В нашей работе под интеллектом понимается совокупность всех познавательных функций индивида: от ощущения и восприятия до мышления и воображения.

На стыке изучения обозначенных психологических феноменов сформировалось понятие «эмоциональный интеллект» – группа ментальных способностей, которые делают возможным осознание и понимание собственных эмоций и эмоций окружающих.

Исследования проблемы взаимосвязи когнитивных и аффективных процессов в отечественной психологии остается одной из актуальных, но вместе с тем недостаточно разработанных [1, 3 и др.]. Особенно остро встает необходимость изучения вопроса об их взаимосвязи у детей с ограниченными возможностями (в нашем случае с церебральным параличом). В связи с этим была выдвинута гипотеза о том, что у детей старшего дошкольного возраста с церебральным параличом существует связь между эмоционально-волевой сферой и интеллектуальным развитием, также как это имеет место у детей без каких-либо нарушений развития.

Цель: исследование взаимосвязи эмоционально-волевой сферы и интеллектуального развития детей старшего дошкольного возраста с церебральным параличом. Были поставлены следующие задачи: 1. Исследовать эмоционально-волевую сферу детей с церебральным параличом: уровень тревожности; изучить самовосприятие и самоотношение (эмоциональные установки по отношению к себе, общую, школьную и семейную); настроение по отношению к дому, детскому саду и школе. 2. Определить интеллектуальное развитие детей с церебральным параличом. 3. Осуществить статистическую обработку данных и

выявить взаимосвязь эмоционально-волевой сферы и интеллектуального развития детей с церебральным параличом. 4. Разработать психолого-педагогические рекомендации для повышения эффективности обучения и воспитания детей старшего дошкольного возраста с церебральным параличом в условиях специализированного дошкольного учреждения.

Объект: дети старшего дошкольного возраста с церебральным параличом.

Предмет: взаимосвязь эмоционально-волевой сферы и интеллектуального развития детей с церебральным параличом.

Выборка: 39 человек, в возрасте 6-7 лет (старший дошкольный возраст), среди которых 15 девочек и 24 мальчика. В исследовании приняли участие воспитанники МСКОУ школы-интерната №4 (дошкольное отделение), МДОУ ЦРР № 181 и МДОУ ЦРР № 398.

В качестве наиболее адекватной методики для решения поставленных задач была использована «Методики определения готовности к школе. Прогноз и профилактика проблем обучения в начальной школе» [5].

Для статистической обработки данных применялся непараметрический статистический критерий коэффициент ранговой корреляции Спирмена, также применялись количественные и качественные анализы результатов.

Важно отметить, что психолого-педагогическая диагностика детей с церебральным параличом значительно осложнена психомоторными нарушениями. Необходимо помнить, что практически любой ребёнок с диагнозом детский церебральный паралич, как правило, имеет задержку психического развития той или иной степени тяжести.

Результаты исследования эмоционально-волевой сферы детей старшего дошкольного возраста с церебральным параличом позволили выявить следующие особенности:

- у основного количества детей наблюдается эмоциональная депривация, отсутствие контакта со всеми или несколькими членами семьи;
- у подавляющего большинства детей отмечается в целом повышенный уровень тревожности, что свидетельствует о постоянном присутствии

некоторого беспокоящего фактора, которому дети вынуждены противостоять;

- кроме того, отличительной групповой характеристикой является наличие отрицательных установок и эмоций по отношению к семье, что свидетельствует о неблагоприятной семейной обстановке, затрудняющей развитие детей, что в свою очередь указывает на необходимость оказания психологической помощи семье.

Исследование интеллектуального развития детей старшего дошкольного возраста с церебральным параличом обнаружило следующие особенности:

- у большинства детей был выявлен в основном хороший уровень развития внимательности, визуального линейного мышления, кратковременной речевой памяти и понятийного речевого мышления;
- наиболее низкие показатели по группе в целом были установлены по таким характеристикам как визуальное структурное мышление, понятийное интуитивное и абстрактное мышление, кратковременная зрительная память.

На основе корреляционного анализа были выявлены отрицательные связи между эмоционально-волевой сферой и интеллектуальным развитием детей старшего дошкольного возраста с церебральным параличом, в частности:

- чем выше уровень развития абстрактного мышления, тем ниже уровень тревожности и наоборот;
- чем выше уровень развития кратковременной речевой памяти, тем ниже показатель эмоциональной установки общей и по отношению к себе и наоборот;
- чем выше уровень развития визуального линейного мышления и понятийного речевого мышления, тем ниже эмоциональная установка по отношению к семье и наоборот.

Выводы: у детей старшего дошкольного возраста с церебральным параличом установлены определённые, присущие им характерные взаимосвязи эмоционально-волевой сферы и интеллектуального развития, что, вероятнее

всего, может быть обусловлено органическим поражением мозга и требует оказания им специализированной помощи. Важно помнить и соблюдать принцип единства интеллектуального развития и развития эмоционально-волевой сферы, введенный Л.С. Выготским, в особенности при воспитании и обучении детей с ограниченными возможностями здоровья, в том числе и с церебральными параличами. Данное положение было подтверждено нами как теоретически, так и в ходе проведения исследования.

В соответствии с полученными результатами, были намечены психолого-педагогические рекомендации по повышению эффективности обучения и воспитания детей старшего дошкольного возраста с церебральным параличом, которые адресованы, прежде всего, специалистам коррекционных учреждений: психологам, дефектологам, логопедам, социальным педагогам, воспитателям, а также родителям. Внедрение рекомендаций позволит увеличить потенциальные возможности детей, оптимизировать коррекционные мероприятия, тем самым расширить пространство психологической поддержки данной категории детей.

Литература

1. Выготский, Л.С. Конкретная психология человека / Л.С. Выготский // Вести Моск. ун-та. Сер. 14, Психология. – 1986. – № 1. – С. 52-65.
2. Леонтьев, А.Н. Лекции по общей психологии: Учеб. пособие для вузов по спец. «Психология» / Под ред. Д.А. Леонтьева, Е.Е. Соколовой. – М.: Смысл, 2000. – 509 с.
3. Лурия, А.Р. Основы нейропсихологии / А.Р. Лурия. – М.: МГУ, 1973. – 374 с.
4. Мамайчук, И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии / И.И. Мамайчук. – СПб.: Речь, 2001. – 220 с.
5. Ясюкова, Л.А. Методика определения готовности к школе. Прогноз и профилактика проблем обучения в начальной школе: методическое руководство / Л.А. Ясюкова. – СПб.: ИМАТОН, 1999. – 179 с.

Л.А. Исламова, О.Б. Конева
**КОНСУЛЬТАТИВНАЯ РАБОТА ПСИХОЛОГА С СЕМЬЯМИ
ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**
Южно-Уральский государственный университет
г. Челябинск

В настоящее время исследователи в области специальной психологии уделяют пристальное внимание проблемам, связанным с развитием детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Эти дети, начиная с первых месяцев жизни, нуждаются в специальных мероприятиях, направленных на формирование у них механизмов компенсации дефекта и их социально-психологическую адаптацию к условиям современной жизни.

Появление в семье ребенка с ограниченными возможностями ведет к базовым нарушениям адаптации к жизни, т.е. нарушениям динамического равновесия внешних и внутренних условий бытия семьи и каждого ее члена, создавая тем самым потенциальную или актуальную угрозу существования и удовлетворения основных жизненных потребностей ее членов. Перед семьей возникает проблема, от которой невозможно уйти и которую вместе с тем невозможно решить при помощи выработанных ранее способов адаптации.

Семье и ребенку с ограниченными возможностями (при условии сохранного интеллекта последнего) свойственно искажение субъективного образа мира – представлений об отношении к себе и окружающему миру в целом. В качестве психологической защиты появляется отчуждение и нарушается адаптация человека к жизни [1].

К наиболее часто встречающимся деформациям образа мира и нарушениям адаптации относят «комплекс жертвы», выражающийся в апатии, отказе от ответственности за себя и других, беспомощности, снижении самооценки, и «комплекс отверженности», для которого характерна социальная индифферентность, отгороженность, привычка рассчитывать только на себя.

И в том, и в другом случае люди полны катастрофических ожиданий и предчувствий, опасаются негативного влияния любых событий на свою жизнь. Это сочетается с внешним локусом контроля – экстернальностью, то есть

склонностью объяснять основную часть жизненных неудач внешними обстоятельствами (не «я делаю», а «со мною происходит», «так уж сложились обстоятельства», «от судьбы не уйдешь»). Подобное эмоциональное самочувствие оказывает негативное влияние на душевное благополучие, как родителей, так и их детей, на их отношения с окружающими и усиливает социально-психологические и личностные конфликты [5].

Как следствие – появляется непродуктивная адаптация к жизни. Семья стремится к фиксированному, негибкому построению отношений внутри себя, между близкими людьми и с внешним миром на основе действия механизма отчуждения; попытки разрешить трудную жизненную ситуацию непригодным, неадекватным способом. Именно такой тип адаптации провоцирует действие психологического механизма сопротивления изменениям, который активизирует глубинные психологические защиты. При помощи этого механизма семья нетипичного ребенка приспособливается к жизни, но эта адаптация непродуктивная, заключающаяся в бегстве от проблем.

В коррекционной психологии существует ряд работ, посвященных проблеме оказания ранней психолого-педагогической помощи семьям, воспитывающим детей с отклонениями в развитии. Авторы указывают, что одним из условий, обеспечивающих успешность ранней коррекции детей с отклонениями являются детско-родительские отношения и активное участие родителей в коррекционной работе [1].

На сегодняшний день в отечественной психологии и педагогике накоплено большое количество работ, в которых тщательно анализируются различные аспекты влияния семьи на формирование личности ребенка с ОВЗ, отдельные стороны и компоненты ее воспитательного потенциала. Исследователям удалось доказать неоднородную роль разных факторов семейной жизни в воспитании детей, таких как материальные и бытовые условия в семье, численность и структура семьи, социально-экономический статус членов семьи, жизненный опыт и культурно-образовательный уровень взрослых, эмоционально-психологический климат, психологическая зрелость и уровень педагогической

культуры родителей. Ведущим среди всех этих факторов большинством авторов признаются внутрисемейные отношения[3].

Построение и принципы организации консультирования родителей детей с проблемами развития имеют свои особенности. Проведение психологической беседы с такими родителями требует от консультанта повышенного уровня знаний медицинского аспекта волнующих их проблем, а также готовности решать проблемы не только детей, но также семейных взаимоотношений и личного статуса каждого члена семьи. В большинстве случаев эти проблемы взаимосвязаны с вопросами успешности обучения детей и их несоответствия ожиданиям родителей, а также особенностям поведения детей и их социализацией вообще [5].

При организации консультирования родителей детей с ОВЗ следует учитывать ряд особенностей их личностной сферы: мотивацию обращения к психологу, позицию родителей при обсуждении проблемы, а также возможность изменения жизненных установок родителей в процессе консультирования.

Мотивированные родители, которые четко представляют, чего хотят, составляют большинство из тех, кто имеет детей с парциальными нарушениями без снижения интеллекта. Они практически всегда выступают инициаторами консультирования.

Родители, направленные на консультацию к психологу воспитателями или другими специалистами, т.е. под воздействием внешних обстоятельств, пассивны, безучастны или агрессивно настроены. Специалист должен приложить усилия для смены мотивации таких родителей на активную и снять чрезмерное напряжение путем подчеркивания сильных сторон ребенка, имеющего интеллектуальные нарушения [3].

Образованные родители имеют обширные сведения о состоянии здоровья ребенка, причинах возникновения и методах лечения основных нарушений в развитии, но мало компетентны в педагогических аспектах воспитания и обучения. Поддерживая беседу в медицинском направлении, специалист помогает родителям перейти к обсуждению проблем социализации ребенка.

Специально проведенные исследования в области коррекционной педагогики позволили выделить ряд специфических особенностей личности родителей детей с ОВЗ, которые зависят от вида нарушения в развитии ребенка.

Родители детей с нарушениями речи, слуха, зрения без снижения интеллекта: прилагают усилия для компенсации нарушения в развитии ребенка; испытывают озабоченность и чувство тревоги о будущем ребенка; адекватно оценивают рекомендации специалистов медицинского и педагогического профиля.

Родители детей с нарушением интеллекта, как правило: агрессивны, склонны к конфликтам или чрезмерно пассивны; склонны к обвинению специалистов медицинского, педагогического профиля в проблемах развития ребенка, пренебрегают их рекомендациями; занимают позицию: «Мой ребенок нормальный, все само пройдет».

Родители детей со сложными нарушениями в развитии: испытывают чувство вины за состояние здоровья ребенка или обвиняют медицинский персонал; настороженно относятся к педагогам, с недоверием воспринимают их рекомендации; нервно истощены, испытывают психологический дискомфорт, психологически нестабильны, внутренне напряжены; характеризуются недоверием к миру [4].

Данные особенности личности родителей детей с ОВЗ следует учитывать консультанту при планировании и прогнозировании успешности психологического консультирования.

Необходимость сотрудничества с семьей ребенка с ОВЗ для эффективности коррекционно-развивающего процесса более выражена, чем в работе с детьми, не имеющими нарушения в развитии. Но не все родители детей с ОВЗ готовы к сотрудничеству. Это объясняется рядом объективных и субъективных причин: невозможностью мамы или других членов семьи реализовать себя, например, в профессиональной деятельности; присутствием чувства ущербности и неполноценности или всплеском агрессивно-защитных поведенческих актов (вербальных и невербальных), особенно в ситуациях сочувствующих взглядов и слов окружающих людей; социальной отгороженностью и финансовой нестабильно-

стью, недостаточностью семьи ребенка с ОВЗ; резким изменением семейных взаимоотношений в связи с особыми потребностями ребенка с множественными нарушениями в развитии; выраженным желанием мамы помочь ребенку с одновременным пониманием того, что это в большинстве случаев невозможно; несоответствие или невозможность поведения ребенка социально принятым нормам вызывает у родителей эмоциональное опустошение и безразличие к потребностям ребенка, кроме естественных потребностей в еде, тепле [1].

Следует отметить, что эффективная работа с семьей ребенка со сложными нарушениями в развитии возможна только при относительно благоприятном психологическом климате в семье. Другим важным условием является желание всех членов семьи включиться в процесс социализации такого ребенка, что бывает очень редко [2].

На индивидуальные консультации выносятся вопросы динамики развития ребенка (по результатам диагностики), его познавательных возможностей и путей их стимулирования. Особо уделяется внимание организации развивающей среды дома. Подробно обсуждаются моменты обстановки, цветового решения и объектов познавательной деятельности, выбор игрушек, развивающих игр, книг для рассматривания и чтения с учетом индивидуальных возможностей ребенка.

В целом, следует отметить, что при консультировании семьи ребенка с ОВЗ целесообразно осуществлять работу с учетом двух основных направлений: 1) оказание психологической помощи членам семьи с целью содействия установлению психологического комфорта и нормализации взаимоотношений; 2.) реализации программы образовательных мероприятий (лекций, семинаров, практикумов) для родителей с целью расширения взаимодействия с ребенком и раскрытия его потенциальных возможностей.

Литература

1. Айвазян, Е.Б. Проблемы особой семьи / Е.Б. Айвазян, А.В.Павлова, Г.Ю. Одиноква [Текст] // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2008. – №2. – С. 61-67.

2. Залобина, А.Н. Особенности межличностных отношений в семьях с ребенком с ограниченными возможностями [Текст] / А.Н. Залобина // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. – 2009. – № 11. – С. 128-131.

3. Ткачева, В.В. Психологическое изучение семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии [Текст]/ В.В. Ткачева. – М.: Психология; Московский психолого-социальный институт, 2004. – С. 70-78.

4. Туленкова, Н.В. Значение социально-психологического статуса семьи в решении проблем социализации ребенка с ограниченными возможностями здоровья [Текст] / Н.В. Туленкова // Вестник Томского государственного университета. – 2007. – № 305. – С. 47-49.

5. Тюрина, Н.Ш. Формирование социальной компетентности родителей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии [Текст] / Н.Ш. Тюрина // Практическая психология и логопедия. – М.: Изд. дом «Образование плюс», 2006. – № 2.

С.В. Ихсанова

**ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ СОЦИОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ
И КОМУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ У СТАРШИХ
ДОШКОЛЬНИКОВ С АУТИЗМОМ**

МДОУ «Детский сад комбинированного вида №27»
г. Армавир

Имея репутацию загадочного нарушения, ранний детский аутизм (РДА) представляет собой отклонение в психическом развитии ребенка, главным проявлением которого является нарушение общения ребенка с окружающим миром. При аутизме имеет место следующая триада нарушений: нарушение социализации, коммуникации и воображения.

При этом, нарушения коммуникации и трудности социализации проявляются независимо от уровня интеллектуального развития, т.е. как при низких, так и при высоких его показателях (О.С.Никольская и соавторы).

В связи с этим проблеме формирования социоэмоциональных и коммуникативных навыков у детей с аутизмом в современной коррекционной педагогике и специальной психологии отводится приоритетное значение.

Дети с аутизмом, представляя собой контингент детей с ограниченными возможностями здоровья, имеют равные возможности и права на образование наравне со здоровыми сверстниками.

Оказание помощи детям с аутизмом в системе образовательных учреждений пока не получает должного распространения. В стране открываются единичные специальные дошкольные группы для детей с аутизмом, имеющие возможность оказывать коррекционную помощь. И возможности интеграции аутичных детей в среду здоровых также пока ограничены.

В статье пойдет речь об оказании помощи в социоэмоциональном и коммуникативном развитии детей с аутизмом в условиях специальной группы дошкольного учреждения комбинированного вида.

На наш взгляд именно в детском саду комбинированного вида имеется возможность временной и частичной интеграции аутичных детей в среде здоровых сверстников, что, несомненно, представляется психотерапевтичным как

для самого ребенка, так и для его родителей. Кроме того, такая интеграция имеет воспитательное значение и для здоровых детей и их родителей, т.к. они имеют опыт социальной жизни с теми, кто не является «такими как все».

Идея о положительном влиянии полной интеграции аутичного ребенка в среду здоровых детей и на возможности от этого лучшей социализации пока остается только идеей.

Говоря о конкретной коррекционной помощи детям с аутизмом в условиях образовательного учреждения, мы будем иметь в виду детей с 3-й и 4-й группой аутистического дизонтогенеза (по классификации О.В. Никольской и соавторов). При активной медико-психолого-педагогической помощи эти дети могут быть подготовлены в школу 7-го и 8-го вида.

В отличие от здорового ребенка, ребенка с аутизмом необходимо учить почти всему: и способу реагирования и общения с окружающим миром, и регулированию внимания, и произвольности поведения, и умению видеть, слышать, реагировать на окружающих и вступать с ними в коммуникацию, умению играть, выполнять учебные задания и правильно вести себя в соответствии с принятыми в обществе нормами.

Все это дается невероятно тяжело аутичному ребенку. Трудности связаны с гиперселективностью восприятия аутичного ребенка, в связи с чем он крайне избирателен в общении с окружающим миром, с окружающими его людьми. Трудности также связаны с синдромом гиперреализма (Т.Гилберт, Г.Питерс), который обуславливает крайнюю буквальность восприятия и мышления. Не меньшую роль играют крайний эгоцентризм с негативизмом, предрасполагающие к непослушанию, неподчинению, своеволию. А также специфические нарушения в аффективной и эмоциональной сфере, которые приводят к эмоциональной холодности, черствости, агрессивности, неспособности к сопереживанию. Все это обуславливает нарушения поведения.

Все, что традиционно используется для развития здоровых детей, в работе с аутичными детьми несет коррекционную, лечебную направленность. Музыкальные занятия, начиная носить терапевтический эффект, становятся музыкаль-

ной и танцевальной терапией. Изобразительная деятельность становится арттерапией. Игра – игротерапией. А логопедические занятия, направленные на формирование речевых и коммуникативных навыков, становятся речевой терапией.

Музыка в работе с аутичными детьми используется как средство самовыражения, общения и коммуникации. Эмоциональный контакт всегда устанавливается через музыку быстрее, чем при обычном общении. Особое доверие к специалисту вызывает проигрывание им любимых песенок ребенка. Так же как рисование, мы используем музыку на этапах установления контакта и формирования психотерапевтических отношений с ребенком, интегрируем музыкальное сопровождение в процесс занятий психолога, учителя – дефектолога, воспитателя, инструктора по физической культуре. С помощью музыки и танца педагоги решают множество коррекционно-воспитательных задач, основные из которых – это формирование невербального общения с помощью психогимнастики (умение передавать эмоции и настроение), раскрытие чувств, снятие внутренних зажимов, отреагирование агрессивности, снятие излишней возбудимости, которая свойственна некоторым детям с аутизмом.

С помощью веселых, быстрых, ритмичных танцев, игр-песен с музыкальными инструментами дети высвобождают агрессию. А с помощью несложных танцев с флажками, цветами, ленточками у детей под плавную спокойную музыку гармонизируется внутреннее эмоциональное состояние. Музыка в одинаковой степени терапевтична и для разтормозившегося, расшалившегося ребенка, и для заторможенного, пассивного, астеничного.

Так же как и музыка в работе с аутичными детьми большие возможности для сотрудничества и формирования чувства уверенности дает арттерапия. Арттерапия не ставит своей задачей научить рисовать, не ставит задачей эстетические аспекты изобразительного искусства. Как и любые другие технологии в работе с аутичными детьми она ставит своей задачей формирование контакта, формирование коммуникации между специалистом (психологом, педагогом) и ребенком, а также между детьми подгруппы. Арттерапия прежде всего помогает аутичному ребенку почувствовать свою уникальность.

Большую помощь в диагностической и коррекционной работе с аутичными дошкольниками оказывают картинки, а также речевые игры с шуточным, нелепым содержанием. Игры, проводимые педагогом с особой экспрессией, способны заражать и заряжать детей эмоционально, поддерживать контакт детей с педагогом, психологом, а также детей между собой на индивидуальных и подгрупповых занятиях. Игры с нелепыми ситуациями развивают слуховое внимание, мышление, речь, чувство юмора аутичных детей, выступая своего рода методом «смехотерапии». Дети с большим интересом откликаются на шутки, если они произносятся от имени игрушечного «Петрушки» или «Клоуна». Кроме того, использование игр с шуточным «нелепым» содержанием решает множество «психогимнастических» задач. Дети научаются различать, а позже и выражать различные эмоциональные состояния: радость, удивление, восторг и пр.

Формирование социально правильного поведения достигается с помощью куклотерапии. Мы часто используем куклотерапию, как один из способов терапевтического подхода при взаимодействии с аутичными детьми. Кукла – рукавичка, надетая на руку взрослого, волшебным образом помогает строить более доверительные и открытые отношения ребенка с взрослым. Дети с большим желанием принимают и выполняют игровые задания, которые «приносит» Кукла. Дети в большей степени демонстрируют успешность, потому что действуют для Куклы, иницируют приветствия с персонажем Куклы, знакомятся с ней, прощаются, приглашают в гости.

Мы сами придумываем небольшой сюжет для Куклы, которая прямо и косвенно оказывает воспитательное воздействие на поведение детей.

Взрослый выступает в роли режиссера, руководя действиями и персонажа и детей, решая при этом несколько важных задач:

1. Учит детей, прежде всего, выражать заинтересованность в общении.
2. Шутит от имени персонажа, способствуя созданию атмосферы доброжелательности.
3. Активизирует безынициативных детей.

4. Постоянно создает ситуацию успеха, повышая тем самым уверенность у детей.

5. Делает более раскованными стеснительных, зажатых, необщительных детей.

6. Помогает детям оценивать правильность или неправильность поведения персонажа.

Роль, которую отводит взрослый персонажу, непродолжительна. Так как ребенку тяжело находиться в эмоциональном контакте. Ребенок даже с легким аутистическим спектром нарушений предпочитает эмоциональному контакту и общению интеллектуальную деятельность, которая в меньшей степени его истощает. Поэтому мы придумываем небольшой сюжет с проблемной ситуацией, которая направлена на преодоление таких отрицательных качеств, как, жадность (Мышонок Жадина), нежелание общаться (Медвежонок Бука), формирование доброжелательности (Кот Леопольд). Сочиняем простой сюжет, который доступен интеллектуальному и эмоциональному уровню детей. А потом дети в присутствии персонажа выполняют дидактические, либо речевые игры; демонстрируют, как они умеют рисовать, выполнять движения.

Развитие эмоционального мира аутичного ребенка решается в процессе чтения литературных произведений, которые дают большие возможности для понимания взаимоотношений человека с окружающим миром для формирования нравственных эталонов, для правильного восприятия социальных явлений.

Только что пришедший на занятия ребенок даже с самой легкой формой аутизма (4 группа) не умеет обозначать такие чувства, как злость, радость, страх, грусть, страх. Ребенок не различает этих чувств при рассматривании картинок, не может дать оценку персонажам сказочных героев.

Наряду с недостаточно сформированным общим словарным запасом у детей с аутизмом отмечается крайне бедный словарь, обозначающий эмоциональные состояния. В лучшем случае дети могут охарактеризовать поступки персонажей словами: «плохой», «хороший», а с помощью взрослого использовать слова: «злой», «добрый». Без специального обучения в словаре детей не

появляются такие слова, как «грустный», «печальный», «радостный», «веселый», «сердитый», «испуганный» и т.п. Аутичный ребенок не может обозначить чувство, возникающее в связи с обидой. А обижается сенситивный ребенок 4 группы буквально на все. Взрослому необходимо помогать, проговаривая вслух обозначение чувств, которые испытывает ребенок. «Ты обиделся?!» спрашиваем мы ребенка, у которого на глазах наворачиваются слезы. Ребенок соглашается с тем, что он обиделся, и это досадное чувство у него быстро проходит.

Но не все так просто для аутичного ребенка. У ребенка с хорошим интеллектуальным потенциалом не достаточно продвинута эмоциональная сфера. А зачастую у аутичного ребенка в одинаковой степени снижены и эмоциональное развитие, и когнитивные процессы.

При чтении литературных произведений аутичному ребенку сложно делать 2 дела: и слушать текст, и всматриваться в иллюстрации. Работу с текстом и картинкой можно сделать более успешной, если не читать написанный текст полностью, а излагать своим языком, упрощая предложения, а также комментируя содержание с помощью наводящих вопросов. Читать, или пересказывать одни и те же произведения взрослым надо неоднократно. Даже если произведение пока недоступно для понимания ребенка, мы приучаем его быть пассивным слушателем и зрителем при чтении взрослыми детских книжек с иллюстрациями.

Предваряет работу над повествовательным текстом длительная работа со стихотворными речевыми играми, короткими стихами, стихотворными произведениями. Дети с аутизмом любят стихотворную речь, воспринимая ее как игру. Не секрет, что при чтении книжек внимание детей падает на буквы, слова, цифровое обозначение страниц, орнамент на страницах, мелкие несущественные детали в иллюстрациях. Здесь важно другое. Важен контакт ребенка с психологом (педагогом), с напарником по занятию. Ребенок научится в скором времени удерживать внимание на картинках. И тогда можно будет просить ребенка показывать, называть действующих персонажей, детали одежды, их действия и т.п. И только гораздо позже можно начинать обучать находить, выде-

лять, сравнивать, определять, называть то или иное эмоциональное состояние героев книжек и сюжетных картинок. Ребенок вначале сам не ответит на вопрос: «Какой герой?» Но с помощью альтернативных вопросов («злой или добрый?» «веселый или грустный?») определит качественные характеристики героев, их настроение. Но это возможно лишь после предварительной кропотливой коррекционно-воспитательной работы.

Таким образом, продвижение в социоэмоциональном и коммуникативном развитии дошкольников с аутизмом в условиях специализированной группы детского сада комбинированного вида нами достигается, прежде всего:

- за счет временной и частичной интеграции аутичных детей в среде здоровых детей,

- за счет использования в психолого-педагогическом процессе технологий музыкальной и танцевальной терапии, арттерапии, игротерапии, куклотерапии, а также совместного чтения художественной литературы.

Литература

1. Гилберт К., Питерс Т. Аутизм. Медицинское и педагогическое воздействие. – М.: Владос, 2003.

2. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. – М.: Теревинф, 2005.

3. Ихсанова С.В. Комплексная психолого-педагогическая помощь дошкольникам с РДА в условиях специализированной группы. – Межвуз. сб. науч. трудов «Проблемы развития человека: психологический и педагогический аспекты». – Армавир, 2010.

4. Ихсанова С.В. Особенности организации коррекционно-воспитательной работы с дошкольниками с аутизмом в условиях детского сада комбинированного вида // Межвуз. сб. науч. трудов «Проблемы развития человека: психологический и педагогический аспекты». – Армавир, 2010.

О.Н. Кондакова
**ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ ОТ 1 ГОДА ДО 3 ЛЕТ**

Областной центр диагностики и консультирования
г. Челябинск

Важность развития ребенка в возрасте от 1 года до 3-х лет трудно переоценить. Так, по некоторым наблюдениям психологов, ребенок в возрасте до 3-х лет приобретает от 60 до 70 % информации об окружающем мире. А за всю оставшуюся жизнь – 30 – 40%. Очень важно так построить жизнь ребенка, чтобы он смог максимально использовать возможности своего возраста. Именно поэтому очень большую роль в развитии ребенка играют близкие ему люди, которые помогают малышу гармонично развиваться, создают комфорт для его успешного роста. Однако, чтобы помочь ребенку в развитии, необходимо знать особенности его физического и психического развития, способность к взаимодействию как со взрослыми, так и со сверстниками, к взаимодействию с окружающим миром.

В возрасте 2-4-х лет у ребенка активно развивается восприятие. Этот процесс идет под влиянием продуктивной, конструктивной и художественной деятельности. Восприятие ребенка тесно связано с выполняемыми предметными действиями. Малыш может достаточно точно определить форму, величину, цвет предметов и их положение в пространстве только тогда, когда это необходимо для выполнения доступного ему действия. В других же случаях восприятие маленького ребенка может оказаться весьма расплывчатым, неточным. Если предметы просто находятся перед глазами ребенка, рассматриваются, но ему не надо специально выяснять их форму, цвет и другие свойства, это не сформирует четкие представления, которые образуются только в результате многократного выполнения действий с предметами, обладающими тем или иным свойством.

Таким образом, для обогащения ребенка раннего возраста представлениями о свойствах предметов необходимо, чтобы он знакомился с как можно большим количеством разнообразных вещей. Не нужно ограничивать материал, с которым занимается малыш, 2-3-мя формами и 3-4-мя цветами – ребенок

третьего года жизни вполне может усвоить представление о 5-6-ти формах (круг, овал, квадрат, прямоугольник, треугольник, многоугольник) и всех цветах.

Начиная заниматься с малышом, необходимо очень четко и кратко давать инструкцию, что же вы хотите увидеть или услышать от ребенка. Стимульный материал (игрушки, игры, иллюстрации) должен быть ярким, красочным, интересным, увлекательным для ребенка. На столе для занятий не должно быть лишних предметов, иначе внимание ребенка будет трудно привлечь к выполняемой деятельности. Малыш сосредоточен только до тех пор, пока интерес не угаснет. Появление нового предмета тотчас же вызывает переключение внимания на него.

Детям 2-4-х лет трудно сосредоточиться на однообразной, не привлекательной для них деятельности, в то время как в процессе игры они могут достаточно долго оставаться внимательными. Малыши обычно рассматривают привлекательные для них картинки не более 6-8 секунд, играют в одну и ту же игру – 10-15 минут.

Память ребенка, как и внимание, в основном, произвольна. Разнообразные детские игры предоставляют ребенку богатые возможности для развития его памяти. Дети лучше запоминают информацию в процессе игры. У детей раннего возраста преобладает зрительно-эмоциональная память. Как правило, малыши сравнительно рано запоминают и без особых усилий воспроизводят увиденное и услышанное, если это вызвало их интерес. Благодаря такой памяти у дошкольников быстро совершенствуются речь, умение пользоваться предметами домашнего обихода, они неплохо ориентируются в обстановке.

Зрительная память позволяет представлять виденные ранее объекты и события при их отсутствии перед ребенком в настоящий момент. Сохраненные образы предметов или событий могут быть использованы в самых различных целях: для сравнения их с новыми впечатлениями (узнавание), для группировки их в классы при помощи названий («игрушки», «животные», «посуда» и т.п.), для мысленного конструирования, фантазирования и т.д.

К году малыш уже владеет большим набором неречевых и речевых «маяков», облегчающих ориентировку в происходящем вокруг. К 1,5 годам в его памяти может храниться несколько коротких стихотворений. Малышу нравится их слушать, вставляя в некоторых местах междометие или отдельное слово. В 1,5-2 года ребенок знает несколько сотен слов и устойчивых словосочетаний, понимает простые предложения. К 3-м годам ребенок в общих чертах усваивает грамматический строй родного языка.

Развитие памяти у детей тесно связано с развитием интеллекта. Дети лучше запоминают материал при активной умственной работе. В раннем детстве ребенок начинает выделять свойства окружающих предметов, улавливать простейшие связи между ними и использовать эти связи в своих действиях. Это создает предпосылки для дальнейшего умственного развития, которое происходит в связи с овладением предметной деятельностью и речью.

К концу раннего возраста складывается мыслительная деятельность, в том числе способность к обобщениям, к переносу приобретенного опыта из первоначальных условий и ситуаций в новые, умение устанавливать связи между предметами и явлениями путем экспериментирования, запоминать их и использовать при решении задач.

Первый этап развития ребенка раннего возраста связан с наглядно-действенным мышлением, которое практически осуществляется независимо от речи, второй же представляет собой начало формирования и функционирования наглядно-образного мышления. Хронологически начало формирования у детей наглядно-образного мышления приурочено к концу раннего возраста и по времени обычно совпадает с двумя событиями: становлением элементарного самосознания и началом развития способности к произвольной саморегуляции.

У ребенка в возрасте от 1 года до 1,5 лет более зрелые память, зрительное и слуховое восприятие, произвольные движения дают возможность управлять целыми процессами, состоящими из 2-3-х повторяющихся действий. Дети учатся есть ложкой, строить башню из кубиков, вставлять фигурные блоки в соответствующие пазы, повторять бытовые действия с предметами и т.п. Харак-

терно, что эта активность контролируется ребенком – после отвлечения он продолжает начатое, исправляет допущенные ошибки и неточности. В это же время появляется чувство юмора.

У ребенка 1,5-3 лет увеличиваются количество знаний, навыков, словарный запас и объем рабочей памяти. В результате, мыслительные процессы приобретают новое качество. Осознание себя и окружающих порождает ролевые игры. Например, ребенок представляет себя в роли «мамы» или «папы» и начинает что-то делать «понарошку»: готовить еду, водить машину, ходить в магазин и т.д. Успешно развивается непосредственная целенаправленная деятельность: он уже может сам одеться (кроме застегивания пуговиц и завязывания шнурков), правильно использует вилку и ложку, строит сооружения из кубиков. К концу третьего года с ним можно поговорить на некоторые темы: о нем, о его близких, об игрушках и т.д. Он понимает значения нескольких предлогов, правильно относит предметы к некоторым классам («еда», «одежда», «животные») и имеет представление о людях разного пола, возраста и профессий. К этому времени относится и начало логического мышления. Об этом говорят его суждения и умозаключения. В грамматике он ориентируется настолько, что иногда сам придумывает новые слова.

Итак, мы видим, что с психолого-педагогической точки зрения ранний детский возраст, возраст от 1 года до 3 лет, по данным, которыми в настоящее время располагает психологическая наука, является одним из ключевых в жизни ребенка и во многом определяет его будущее психологическое развитие.

И.А. Крамаренко

**ОСОБЕННОСТИ ОПОСРЕДОВАННОГО ЗАПОМИНАНИЯ
У ДЕТЕЙ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ ДИЗОНТОГЕНЕТИЧЕСКОГО КРУГА**

Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии
им. В.П. Сербского Минздравсоцразвития России
г. Москва

Методика изучения опосредованного запоминания была предложена Л. С. Выготским и А. Р. Лурией («функциональная методика двойной стимуляции») и разработана А. Н. Леонтьевым с целью описания особенностей развития высших форм запоминания у детей и взрослых. Кроме того, она может применяться для изучения процессов мышления путем анализа связей, образуемых при запоминании, и характеристики процесса припоминания.

Л. В. Петренко [6] в работе «Нарушение высших форм памяти при некоторых органических поражениях мозга» была предложена схема оценки выполнения методики опосредованного запоминания на материале взрослых, больных эпилепсией и некоторыми другими заболеваниями – это, во-первых, содержательная сторона, те признаки, которые используются (значимые либо незначительные), во-вторых, динамический аспект процесса запоминания и, в-третьих, оценка воспроизведения. Однако признаки, используемые детьми, разделяясь, несомненно, на значительные и незначительные, могут также быть отнесены и ко многим другим категориям, часто отличным от тех, что используют взрослые больные.

Проблеме исследования опосредованного запоминания у детей, отстающих в развитии, посвящено, в том числе, исследование Т. В. Егоровой [3], которое показало, что наиболее отчетливо различия между отстающими и нормально развивающимися детьми проявляются по такому показателю как количество ошибочно воспроизведенного материала. Анализ ошибок, по данным автора, показал, что малоподвижность познавательных процессов таких детей в данном случае проявлялась в трудности перехода от прямой связи к обратной – другими словами, ребенок часто не мог восстановить образованную

ранее связь в обратном порядке, в результате чего допускал ошибки, состоящие в воспроизведении других слов методики, либо в воспроизведении слов, близких по смыслу.

В настоящей работе была сделана попытка систематизировать типы связей, создающихся детьми при запоминании, и описать особенности выполнения ими методики изучения опосредованного запоминания. Была использована третья серия из числа предложенных и апробированных А. Н. Леонтьевым.

Объектом исследования стали 20 воспитанников подготовительной группы ДОО компенсирующего вида, имеющие пограничные психические расстройства дизонтогенетического круга.

В качестве анализируемых показателей были выделены:

- характер связи, образуемой ребенком в процессе опосредования предлагаемого понятия;
- способность ребенка к воспроизведению этой связи, а значит, возможность обратного воспроизведения ассоциативного ряда в умственном плане;
- собственно возможность отсроченного воспроизведения исходного понятия.

При рассмотрении характера связи все признаки, называемые детьми, были условно разделены на внешние и внутренние, а внутренние, в свою очередь, на существенные, несущественные и атипичные. К атипичным признакам были отнесены парадоксальные, вычурные высказывания, вроде «Мышь ходит как телега (слово «мышь», карточка «телега»)», «На доме можно сидеть (слово «стул», карточка «дом»)» или «Из одеяла можно вырезать кофточку (слово «одежда», карточка «кровать»)». Содержание атипичных признаков составило 4% от всех высказываний детей. Общее количество внутренних признаков, высказываемых дошкольниками, составило 84%, внешних – 9,8%. Под внешними признаками понимались выделение ребенком отдельного элемента изображения как опоры для образования связи (слово

«ночь», карточка «картина»: «Там, на картине, темно в конце») - 5% от общего числа высказываний, – либо основанием подбора карточки являлось внешнее сходство изображенного предмета с запоминаемым понятием (слово «молоток», карточка «лампа»: «Похожа на молоток»), что составило 4,8% от общего числа высказываний. В 4,5 % случаев связь между изображением и понятием в высказывании ребенка не прослеживалась вовсе (слово «обед», карточка «карта»: «Город такой, а это страны»; слово «молоток», карточка «лопата»: «Лопата бывает острая»), а в 1,7% случаев дошкольники подобрать карточку к понятию просто не смогли, хотя само слово оказалось знакомым (только в одном случае это понятие было абстрактным («игра»), в остальных же – конкретным: «молоко», «стул» и проч.).

Чуть подробнее стоит остановиться на признаках, которые были обозначены как внутренние, а точнее, на существенных, количество которых составило 55%, и несущественных, количество которых составило 25% от общего числа высказываний. Наиболее часто (46,7%) дети указывали в качестве смыслообразующих простые, конкретные, но при этом существенные отношения между понятием и предметом, изображенным на карточке, знакомые им по жизненному опыту: «Кошка ловит мышей», «Лампу включают, и появляется свет», «Деревья растут в лесу», «Ночью спят на кровати», «Корова дает молоко». Такая связь является наиболее доступной для ребенка дошкольного возраста, потому как образуемый ассоциативный ряд содержит минимум элементов, и в большинстве случаев ребенку не составляет труда воспроизвести его, а потому частота встречаемости конкретных признаков в высказываниях детей естественна. В 4,7% случаев дети брали за основу категории предметов (такие признаки были обозначены как категориальные: «Молоток и лопата – инструменты», «Лошадь домашнее животное, и корова домашнее животное»), а в 3,7% - функции, которыми и понятие, и изображенный предмет обладают (но функции существенные, например: «И самолет, и птица летают», «На стуле и на диване можно сидеть, когда устанешь» - функциональные признаки).

Что касается несущественных признаков, то они также оказались поделены на классы. Наиболее многочисленным стал ряд ситуативных признаков (17%). К этому ряду были отнесены признаки, имеющие ситуативный, неустойчивый характер: «Ночью может ездить машина (слово «ночь», карточка «машина)», «Саша щеткой протирает стул («слово «стул», карточка «щетка»», «Под деревьями бегают мальчики, играют (слово «игра», карточка «дерево»)). Оставшиеся несущественные признаки были также поделены на конкретные (6,3%) и функциональные (1,7%). Примерами конкретных несущественных признаков могут служить следующие высказывания: «Одеяло сшито, и одежда сшита (слово «одежда», карточка «кровать»)), «В лопате гвозди, и их надо прибивать (слово «молоток», карточка «лопата»», «Цветком можно играть (слово «игра», карточка «цветок»)). К несущественным функциональным признакам также были отнесены функции, присущие и понятию и предмету, однако функции незначительные, например: «Быстро бегают (слово «лошадь», карточка «кошка»).

Рассмотрим данные, характеризующие способность детей, отстающих от нормально развивающихся сверстников, к отсроченному воспроизведению понятий с опорой на ранее выбранную карточку. В 66,7% случаев дошкольники успешно называли слово, которое было предложено им для запоминания; было это запоминание простым, механическим или произвольным, опосредованным, рассмотрим чуть позже, сейчас же приведем краткое описание случаев, когда исходное слово ребенком так и не было воспроизведено.

Сразу стоит указать, что в 15,6% всех случаев дети вообще оказались неспособны воспроизвести слово, сюда же относятся 0,6% случаев, когда ребенок утверждал, что такого слова вообще не было, и предъявляемой карточки он не помнит. Случаи ошибочного воспроизведения были условно поделены на ошибки первого рода, когда воспроизведение при определенных условиях можно было бы посчитать верным и ошибки второго рода. К ошибкам первого рода было отнесено воспроизведение ребенком всей логической цепочки (0,3% случаев), отдельного слова из цепочки (2,3% случаев, - к

примеру, запоминая слово «одежда», ребенок выбирает карточку с изображением кровати, объясняя, что «одеяло сшито и одежда сшита», а воспроизводит слово «сшито») либо название слова, близкого по смыслу исходному – например, слово «обед», воспроизводимое как «еда», слово «урок», воспроизводимое как «занятие» (7% случаев). К ошибкам второго рода было отнесено воспроизведение слова, не имеющего ничего общего с исходным, но встречающимся среди слов методики (2,7%), простое название ребенком изображенного на карточке (3%), а также название абсолютно постороннего слова (2,3% случаев) – к примеру, запоминая слово «мышь», ребенок выбирает картинку с изображением гриба, объясняя, что «все живое существо», но воспроизводит слово «суп».

Наконец, рассмотрим данные, характеризующие способность ребенка к отсроченному воспроизведению связи, предложенной им в процессе опосредования. В 83,5% случаев правильного воспроизведения запоминаемого слова дошкольники смогли повторить логическую цепочку в точности, в 14% случаев – другими словами, в оставшихся 2,5% случаев дети воспроизводили ее иначе, либо не справлялись с этим. Безошибочное воспроизведение связи свидетельствует о способности ребенка действовать не от стимула, а от средства, то есть, по сути, в 55,7% всех случаев дети продемонстрировали успешное овладение приемом запоминания.

Таким образом, у детей старшего дошкольного возраста с пограничными психическими расстройствами дизонтогенетического круга опосредованное запоминание характеризуется следующими свойствами:

- отношения между запоминаемым и опосредующим понятиями чаще всего носят простой, конкретный характер;
- наиболее распространенная ошибка при воспроизведении – замена исходного слова близким по смыслу;
- примерно в половине случаев было диагностировано успешное овладение приемом опосредованного запоминания.

Литература

1. Блонский П. П. Память и мышление / Под ред. В. Н. Кобановского. – М.; Л.: Соцэкгиз, 1935.
2. Выготский Л.С., Лурия А.Р. Этюды по истории поведения: Обезьяна. Примитив. Ребенок. М.: Педагогика-Пресс, 1993.
3. Егорова, Т.В. Особенности памяти и мышления младших школьников, отстающих в развитии / Т.В. Егорова. М.: Педагогика, 1973.
4. Истомина З. М. Развитие произвольной памяти в дошкольном возрасте // Известия АПН РСФСР. М., 1948. № 14.
5. Леонтьев А. Н. Развитие памяти. Экспериментальное исследование высших психологических функций. М.; Л.: Учпедгиз, 1931.
6. Петренко Л. В. Нарушение высших форм памяти (при некоторых органических поражениях мозга). М.: Изд-во Московского Университета, 1976.
7. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии. М.: ЗАО «ЭКСМО-Пресс», 1999.

Е.А. Куба
**ПРОБЛЕМЫ СЕМЬИ В АСПЕКТЕ КЛИНИЧЕСКОЙ
ПСИХОЛОГИИ**

Челябинский Государственный Университет
г. Челябинск

В каждой культуре и в каждую эпоху существуют определенные особенности функционирования семейного института. Однако, можно выделить базисные сферы жизнедеятельности семьи. Такими функциями принято считать: воспитательную, хозяйственно-бытовую, эмоциональную, духовного общения, социального контроля, сексуально-эротическую. В условиях происходящих в России социальных процессов происходит заметная трансформация межличностных отношений, личностной идентификации, смена ориентиров и системы ценностей человека. Быстротечность этих процессов настолько очевидна, что они находят отражение в системе такого консервативного института как семья. Обращение к особенностям реализации традиционных семейных функций на современном этапе позволяет выделить основные проблемы, стоящие на пути достижения здоровья семьи. Результаты этих изменений, как правило, заметнее всего психологам, психотерапевтам, психиатрам, ежедневно сталкивающимся с проблемой нарушенных семейных отношений.

Одной из важнейших ценностей для личности, безусловно, является семья. Фундаментом ценностного отношения личности к семье являются представляемые ею возможности в реализации многих аспектов: включённость в социальную группу, потребность в безопасности, во взаимопонимании и поддержке, интимном межличностном общении, в самореализации, отцовстве и материнстве.

Параллельно наблюдается снижение ценностных ориентаций молодежи в отношении семейных и репродуктивных функций, этому способствует ряд факторов: влияние негативного опыта семейных отношений полученных в родительской семье (конфликты, измены, разводы), легализация различных внебрачных форм взаимоотношения полов, как следствие сексуальной революции

в нашем обществе, ослабление ценностных ориентаций на брак и семью на уровне государственной политики.

Здоровье семьи определяется благополучием ее членов и проявляется фундаментальной способностью к устойчивому, гармоничному развитию и обеспечению высокого качества жизни каждого и семьи в целом.

Семья – основная форма жизнедеятельности человека. Нормально функционирующая семья удовлетворяет важнейшие потребности в принятии и одобрении, безопасности и защищенности, росте и изменениях, что способствует развитию отдельных членов семьи и семьи в целом. В нормально функционирующей семье все возрастные трудности, все особенности различных типов акцентуаций характера в значительной мере сглаживаются и не ведут к социальной дезадаптации ее членов, а неизбежные кризисные ситуации успешно преодолеваются. Гармоничная семья способствует выработке своего рода «психологического иммунитета» к неблагоприятным влияниям среды, более высокой резистентности к действию психических травм.

В отличие от этого дисфункциональная семья может стать причиной возникновения и усугубления различных нервно-психических и соматических симптомов, расстройств личности и социального приспособления у членов семьи. Дисфункциональная семья нередко приводит в действие механизмы патологизирующего семейного наследования – формирование, фиксацию и передачу паттернов неадаптивного эмоционально-поведенческого реагирования от представителей одних поколений семьи представителям других [5; 1].

На фоне социально-экономических изменений, которые происходят в России в последние десятилетия, наблюдается ухудшение физического, психического и психологического здоровья населения в крупных городах России. Это определяет необходимость разработки и принятия целого комплекса мер, которые бы позволили приостановить развитие этих неблагоприятных тенденций. В связи с этим своевременными и социально значимыми представляются усилия, направленные на укрепление и гармонизацию семьи, выполняющей такие важ-

ные функции, как детородная, воспитательная, контролирующая, эмоциональная, духовная и др.

В связи с этим, актуальна разработка новых научных дисциплин, направленных на оказание помощи семье и на укрепление физического и психического здоровья ее членов. Одной из таких дисциплин мы считаем клиническую психологию семьи.

Клиническая психология семьи выделяется как один из новых разделов клинической психологии (И.М.Никольская, 2005 и др.) [2; 3; 5]. Толчок к развитию клинической психологии семьи дала семейная психотерапия, в рамках которой в практику было введено понятие «семейного диагноза» [4].

Здоровье человека, его отношение к жизни, в том числе, к болезням, начинается формироваться уже на ранних этапах детства, а значит, в большинстве случаев, – в семье. Именно в семье закладываются основы здоровья ребенка или его подверженности болезням. Представляя собой целый микромир со своими законами, традициями, моделями решения проблем, каждая семья обладает уникальными возможностями создания как гармоничных, так и негармоничных условий для функционирования человека. Крайним вариантом таких нарушений может стать роль семьи как источника психической травмы, в результате которой развиваются нервно-психические заболевания.

Здоровье семьи определяется благополучием ее членов и проявляется фундаментальной способностью к устойчивому, гармоничному развитию и обеспечению высокого качества жизни каждого и семьи в целом. По мнению А.Л. Каткова, категория «здоровье» носит интегральный характер и складывается из трех составляющих: соматического, психического и психологического здоровья. Эти понятия взаимосвязаны и взаимообусловлены [1].

Э.Г. Эйдемиллер и В. Юстицкис указывают, что на практике осуществить задачи психологической диагностики семьи непросто [6].

Клиническая психология семьи сфокусирована на изучении роли семьи в происхождении, развитии, лечении и предупреждении заболеваний, а также определении влияния различных болезней на семейное функционирование [3].

Работа с семьями требует большого объема теоретических знаний, разнообразных практических навыков, терпения и постоянного самосовершенствования. Специалист в области клинической психологии семьи должен уметь работать с людьми разного пола и возраста: детьми, подростками и взрослыми. Ему необходимо владеть навыками индивидуальной работы (диагностика личности и помощь одному члену семьи) и групповой (диагностика семейной системы и помощь супружеской паре, диаде "ребенок-родитель", семье в целом). Это диктует необходимость разработки специальных учебных планов и программ для подготовки специалистов выше указанного профиля на факультетах психологии вузов и в системе медицинского образования.

Литература

1. Катков А.Л. Стратегия охраны психического здоровья населения в новых социально-экономических условиях (теоретические, организационные и экономические аспекты): Дис. ... док. мед. наук. М., 1999.
2. Никольская И.М. Клиническая психология семьи // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2005. – № 2. – 2005.
3. Никольская И.М. Теоретические основы клинической психологии семьи // Материалы IV Международной научной конференции «Психологические проблемы современной семьи» / Под ред. Е.И. Захаровой, О.А. Карабановой. – М., 2009. – С. 428-432.
4. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. – СПб.: Речь, 2003.
5. Эйдемиллер Э.Г. Юстицкис В. Семейная психотерапия. – Л., 1990.
6. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. – СПб.: Питер, 1999.

Ж.Г. Кулькова

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ КОМПЛЕКСНОЙ
ПОМОЩИ РЕБЕНКУ СОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ
ЗДОРОВЬЯ В СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ**

Областной центр диагностики и консультирования
г. Челябинск

Начиная с 1998 года, в системе образования России создаются учреждения нового типа – образовательные учреждения для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, - центры: диагностики и консультирования; психолого-медико-социального сопровождения; психолого-педагогической реабилитации и коррекции; социально-трудовой адаптации и профориентации; лечебной педагогики и дифференцированного обучения (ППМС-Центры).

Согласно основным положениям действующего законодательства, предметом деятельности специалистов и педагогических работников ППМС-Центров является, в том числе, помощь детям с ограниченными возможностями здоровья в своевременном и эффективном решении проблем развития.

Изучение нервно-психического статуса детей и подростков в условиях психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК) является первым, основополагающим, начальным этапом комплексного психолого-педагогического и медико-социального сопровождения в образовательных учреждениях.

В организации и осуществлении деятельности администрация и специалисты ППМС-Центров сталкиваются с проблемами и трудностями следующего порядка. Во-первых, недостаточность и ограниченность нормативно-правовой базы. Действующее Положение о центрах психолого-педагогической медико-социальной помощи ограничивает спектр их деятельности, а также рассматривает их как образовательные учреждения, реализующие образовательные программы. Практика показывает, что деятельность специалистов ППМС-Центров разворачивается в сфере межведомственной, являясь в сущности многоаспектной, полифункциональной.

Во-вторых, не сформирована сеть (отсутствуют ясно выраженные связи по вертикали и по горизонтали) служб и центров, осуществляющих различные

виды помощи детям, педагогам и их родителям. Зачастую нарастают дублирование функций в самой системе комплексной помощи, разобщенность специалистов, что ведет к ухудшению качества работы, снижению темпов развития профессионализма.

В-третьих, ни в России в целом, ни на уровне Челябинской области не сложился достаточно авторитетный научно-методический центр, создающий стандартизированное и сертифицированное технологическое обеспечение для системы комплексного сопровождения. Специалисты испытывают острую нехватку практико-ориентированных эффективных программ реабилитации и коррекции. В этом же ряду стоит острейшая проблема недостаточной квалификации кадров, вовлеченных в оказание помощи детям с проблемами.

Областной центр диагностики и консультирования предлагает:

1. Организовать и провести мониторинговые исследования состояния системы комплексной помощи обучающимся, воспитанникам в образовательном процессе; изучить запрос родительской, педагогической общественности на услуги системы комплексной помощи детям.
2. Принять меры по обеспечению межведомственной координации в решении острых проблем развития детей с ограниченными возможностями.
3. Обозначить первоочередной задачей образовательных и медицинских учреждений профилактику нарушений, проблем развития и обучения детей.

Принимаемые сегодня в российской образовательной системе меры по организации и осуществлению комплексной психолого-медико-педагогической помощи ребенку с особенностями в развитии на достойном, качественно высоком уровне, недостаточны. Необходимо консолидировать усилия специалистов, медицинских и педагогических работников в создании действующей системы оказания квалифицированной и своевременной консультативной, экспертно-диагностической и коррекционно-реабилитационной помощи нуждающимся детям. Эффективность этой помощи позволит прогнозировать более оптимистичные перспективы развития социальной, демографической и, пожалуй, экономической ситуации в обществе.

Е.Ю. Мазур
**АКТУАЛЬНОСТЬ ПРЕПОДАВАНИЯ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ
«СОЦИАЛЬНАЯ И ПРАВОВАЯ ЗАЩИТА ЛИЦ
С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ» НА
ФАКУЛЬТЕТЕ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПЕДАГОГИКИ
Хабаровский государственный гуманитарный университет
г. Хабаровск**

Изменения общественных отношений и связанные с ними социальные трансформации в Российской Федерации особо остро переживают незащищенные слои населения, в частности, лица с ограниченными возможностями здоровья (инвалиды).

В законе «О социальной защите инвалидов в РФ» от 24 ноября 1995 г № 181-ФЗ говорится, что «инвалид - лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты» [1]. Из этого определения следует, что российское законодательство, главным образом, связывает инвалидность с нарушениями здоровья человека.

Международное гуманитарное право приоритет отдаёт социальной составляющей в понимании инвалидности. Конвенция о правах инвалидов, принятая в г. Нью-Йорке 13 декабря 2006 г. Резолюцией 61/106 на 76-ом пленарном заседании 61-ой сессии Генеральной Ассамблеи ООН, к инвалидам относит лиц с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами могут мешать их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими [2].

В развитых европейских странах сегодня отсутствует понятие «инвалид», считается, что оно решительно разделяет людей, нарушая равноправие в системе взаимоотношений. Применение понятия «инвалид» влияет на формирование отношения к гражданам этой категории как к неполноценным людям. «Человек с ограниченными возможностями здоровья» – самое распространённое определение, применяемое в лексике европейских государств, не умаляющее прав человека, а отражающее его проблему. Слово «инвалид» буквально означает «не-

пригодный». Термин «лицо с ограниченными возможностями здоровья» более корректен и этически выдержан, потому как ослабляет деление общества на «здоровых» и «нездоровых», а также помогает формировать позитивный образ человека [3].

Нужно заметить, что введя в оборот понятие «лицо с ограниченными возможностями здоровья» законодатель не дал его чёткого определения. Отсутствие нормативного определения понятия «лицо с ограниченными возможностями здоровья» приводит к тому, что этот термин воспринимается как равнозначный термину «инвалид». Это прослеживается в следующем противоречии, так, согласно данным официальной статистики, в 2005 году было зарегистрировано 593 тыс. детей-инвалидов в возрасте до 18 лет [4, с. 279], а по прогнозам специалистов, детей, имеющих ограниченные возможности здоровья – 1,6 млн. чел. [5].

По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) в мире насчитывается 600 млн. человек с ограниченными возможностями здоровья, из них около 12,5 млн. – в России [6], т.е. каждый десятый житель нашей планеты – инвалид и практически каждый одиннадцатый в нашей стране. Эти данные усугубляются ещё одним составляющим эту цифру фактом: численность детей с ограниченными возможностями здоровья в России в возрасте до 18 лет на 1 января 2007 года составила 554 тысячи человек. Ежегодно в России рождаются около 50 тысяч детей, которые признаются инвалидами [7]. Эти данные говорят о том, что, к сожалению, Россия пока принадлежит к числу стран с самыми высокими темпами роста численности лиц с ограниченными возможностями здоровья. Инвалидность считается одним из важнейших показателей социального неблагополучия населения.

Почему сложилась такая ситуация? Частично позволит ответить на этот вопрос типология моделей политики инвалидности [8]. Проводя негативную политику, государство активно отрицает гражданские и общечеловеческие права инвалидов. Придерживаясь «Мозаичной модели», характеризующейся невмешательством, государство играет минимальную роль в жизни инвалидов: оно реагирует на инвалидность, но бессистемно и поверхностно в силу давле-

ния, обстоятельств, не затрудняя себя внедрить целостную и аккуратно спланированную стратегию. «Максимальная политика» означает стратегический подход государства, целью которого является идентификация и реагирование на целый ряд проблем, вызываемых инвалидностью. Но и в этой модели государство, скорее всего, считает инвалидность результатом индивидуальных нарушений, а не конфигурации общества, ввиду этого средоточие политики остаётся на потребностях изменить физиологию инвалидов, ответное действие включает конструирование и поддержание сети услуг, направленных на излечение и улучшение условий инвалидов. Существует ещё одна модель политики инвалидности – модель «социальных и средовых изменений», суть которой заключается в том, что государство признаёт свою ответственность служить всем гражданам и признаёт, что инвалидность есть продукт общества и окружения, созданного неинвалидами для инвалидов. Результатом такого подхода является гарантия гражданства. Понятие гражданства включает целую совокупность социальных прав: от права на минимальный уровень экономического благосостояния и социального обеспечения до права пользоваться накопленным общественным богатством и права на достойное существование в соответствии с жизненными стандартами общества [9].

Если в развитых странах «доступ инвалидов к физической инфраструктуре гарантирован вследствие мощного технологического процесса, то развивающиеся страны сильно отстают в этом вопросе» [10, с. 254], изолируя людей с инвалидностью от полноценного участия в жизни общества.

Исследователи, проводя анализ социальной политики в России, сходятся во мнении, что, конец 90-х годов XX века в России характеризуется разрушением социентальности, возникновением аномии и дисфункциональностью социальных институтов. Другими словами, произошло углубление социальной эксклюзии [11].

Трансформация социально-экономических условий жизни, поляризация доходов привели к дифференциации российского общества. Наша страна в середине 90-х годов только начинала движение по такому же пути, 1995 году был принят Закон «О социальной защите инвалидов в РФ» № 181-ФЗ. Однако в си-

лу сложившейся обозначенной социально-экономической ситуации Государственная Дума и Совет Федерации не могли оказать влияние на выбор и способы реализации направления социальной политики. Те незначительные позитивные достижения практически были сведены к нулю, и положение лиц с ограниченными возможностями здоровья резко ухудшилось [9, 12]. Такая кризисная ситуация, как правило, отражается на состоянии всех групп населения, особенно на незащищенных его слоях, и влечёт за собой утрату жизненных смыслов, разрушение системы ценностей, которые задают ориентиры развития личности и общества [13].

Известно, что степень цивилизованности общества определяется отношением к инвалидам, старикам и детям. Сегодня руководством страны взят курс на улучшение социальной политики в отношении всего населения страны и лиц с ограниченными возможностями, в частности. Так, на заседании Совета при Президенте РФ по делам инвалидов 7 апреля 2006 г Президент РФ поставил задачу ратифицировать принятую в декабре 2006 г Конвенцию о правах инвалидов, а также изменить всю систему медико-социальной экспертизы (МСЭ) и комплексной реабилитации инвалидов, проживающих в нашей стране [12]. Как ответ была разработана Концепция совершенствования государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, основывающейся на применении международных классификаторов, современных технологиях и эксклюзивных разработках и Административный регламент по исполнению государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы и информированию об услугах по реабилитации инвалидов.

Сегодня в России успешно функционируют общественные организации и реабилитационные центры, реализуются многочисленные проекты и программы, направленные на социальную и правовую поддержку лиц с ограниченными возможностями здоровья, трудоустройство этих лиц, создание условий, при которых люди с инвалидностью смогут заниматься спортом, внедряется и продвигается инклюзивное образование.

19 августа 2011 года на встрече с представителями общественных организаций и обществ инвалидов РФ Премьер-министр РФ В.В. Путин перечислил

определённые достижения Правительства РФ по улучшению положения данной социальной категории [14].

Так, с 1 февраля 2011 года были проиндексированы на 8,8% пенсии по инвалидности, в федеральном бюджете на 2011 год на 25% увеличен объем финансирования закупок технических средств реабилитации – до 15,5 млрд. рублей. Кроме того, на площадке «АвтоВАЗа» немецкая компания «Otto Bock» начала выпуск кресел-колясок для инвалидов, что является «хорошим примером развития современной реабилитационной индустрии на территории РФ». Лица, ставшие инвалидами из-за получения военной травмы, будут получать с 1 января следующего года ежемесячную денежную компенсацию. В отношении трудоустройства лиц с ограниченными возможностями здоровья, по словам премьера, Правительство РФ продолжит выделять субсидии работодателям на организацию рабочих мест для людей с ограниченными возможностями. В этом году размер выплат был увеличен с 30 тыс. до 50 тыс. рублей на одно рабочее место, добавив, что этот механизм будет использоваться и в дальнейшем. За 2010 год и первое полугодие 2011 года при господдержке было создано 12,8 тыс. рабочих мест для инвалидов. Правительством РФ решён вопрос о ежегодной индексации на уровень инфляции средств, предназначенных на содержание собак-поводырей для незрячих. К 2016 году количество школ, в которых созданы условия для учебы детей с ограниченными возможностями по здоровью, должно вырасти в 8 раз, т.е. с 1,2 до 10 тысяч. Продолжится поддержка общественных организаций инвалидов. В 2011 году объем финансовой помощи для организаций инвалидов был увеличен почти на 20% - до 950 млн. рублей. Такая поддержка будет оказываться и волонтерскому движению. Людям с ограниченными возможностями по здоровью Правительство РФ решило предоставить бесплатный проезд на фирменных поездах к месту лечения и обратно.

Безусловно, такие меры для лиц с ограниченными возможностями здоровья крайне важны, особенно тогда, когда в настоящее время в период масштабных преобразований и реформ в стране сохраняется «чрезмерное расслоение граждан по уровню жизни: 10 процентов самых обеспеченных россиян получают доход в 15 раз больше, чем 10 процентов самых бедных». [15].

Вследствие вышесказанного, социальная и правовая защита лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) является одной из важнейших направлений социальной политики нашего государства. Предметное поле этого направления охватывает следующие сферы жизнедеятельности лиц с ОВЗ: материальное обеспечение, организация социальной и медицинской помощи, получение образования, трудовая деятельность, информация, то есть обеспечиваются условия такого жизненного уровня, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния данной категории граждан. Такая социальная политика РФ согласуется с Конституцией РФ, федеральными законами РФ и международным законодательством в области прав инвалидов, что позволяет рассматривать лиц с ОВЗ с точки зрения общих гражданских и конституционных прав, которыми обладают все россияне, и позволит системно устранять барьеры, препятствующие интеграции этой социальной группы в обществе.

Актуальность преподавания учебной дисциплины «Социальная и правовая защита лиц с ограниченными возможностями здоровья» на факультете специальной психологии и педагогики видится в том, что:

- дисциплина призвана сформировать у студентов представление о системе социальной защиты лиц с ОВЗ в РФ;
- получить систематизированные знания в области прав инвалидов;
- повысить общую правовую культуру будущих специалистов и уровень их правосознания.

Эти знания будут являться важной составляющей для профессиональной деятельности будущих специалистов.

Цель изучаемой дисциплины – овладение студентами социальными и правовыми знаниями в области защиты прав инвалидов в Российской Федерации.

В ходе освоения дисциплины решаются следующие задачи:

- изучение системы социальной защиты лиц с ОВЗ в РФ;
- формирование упорядоченных знаний будущих специалистов в области защиты прав инвалидов;

-формирование культурно-ценностного отношения к праву, закону, социальным ценностям правового государства;

-стимулирование самостоятельной деятельности студентов по освоению содержания дисциплины;

-формирование необходимых специфических компетенций будущих специалистов для области их профессиональной деятельности.

Среди значимых компетенций, которые оказывают существенное влияние на качество подготовки выпускника, являются следующие [16]:

- способность к социальному взаимодействию, сотрудничеству и разрешению конфликтов в социальной и профессиональной сферах, к толерантности, социальной мобильности (ОК-1);

- способность использовать нормативные правовые документы в своей профессиональной деятельности (ОК-7);

- способность осознавать социальную значимость своей будущей профессии, обладанием мотивацией к выполнению профессиональной деятельности, способностью к эмпатии, корректному и адекватному восприятию лиц с ОВЗ (ОП-1);

- способность анализировать социально-значимые проблемы и процессы, выявлять сущность проблем, возникающих в ходе профессиональной деятельности (ОП-2);

- готовность к взаимодействию с общественными организациями, семьями с ограниченными возможностями здоровья, к осуществлению психолого-педагогического сопровождения процессов социализации и профессионального самоопределения лиц с ограниченными возможностями здоровья (ПК-4);

- готовность к оказанию консультативной помощи лицам с ОВЗ, их родственникам и педагогам по проблемам обучения, развития, семейного воспитания, жизненного и профессионального самоопределения (ПК-8).

Важно отметить, что особенностью дисциплины «Социальная и правовая защита лиц с ОВЗ» является понимание будущим специалистом в области специальной психологии и педагогики того, что лица с ограниченными возможностями здоровья есть полноправные члены нашего общества. Их права и свобо-

ды необходимо и должно рассматривать с точки зрения общих гражданских и конституционных прав, которыми обладает каждый член нашего общества. Следовательно, свободная ориентация в правовом пространстве, где функционирует механизм социальной защиты и поддержки лиц с ОВЗ – главная задача для изучающих дисциплину. Юридическая компетентность является залогом действенности механизма социальной защиты населения, гарантией защиты прав человека, его законных интересов, реализации прав, свобод и обязанностей.

Литература

1. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации: Федеральный закон от 24 ноября 1995 г № 181-ФЗ // Российская газета № 234. 02.12.1995.

2. Конвенция о правах инвалидов, принятая Резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи от 13 декабря 2006 года. URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml (дата обращения: 09.09.2011 г.).

3. Региональная общественная организация инвалидов «Перспектива». URL: <http://perspektiva-inva.ru/index.php?id=297> (дата обращения 09.09.2011 г.).

4. Российский статистический ежегодник. 2006: Стат. сб. / Росстат. М., 2006.

5. Белявский Б.В. Состояние и перспективы развития образования лиц с ограниченными возможностями здоровья в Российской Федерации / Управление федерального имущества и развития материально-технической базы Федерального агентства по образованию. URL: <http://perspektiva-inva.ru> (дата обращения 09.09.2011 г.).

6. Головкин С.Г. Модель социальной реабилитации инвалидов // Отечественный журнал социальной работы. – 2008. – № 3. – С. 58-63.

7. Данилюк Л.У. Управление социальной адаптацией детей с ограниченными возможностями здоровья. Автореферат канд. социол. наук. Москва, 2011. 20 с.

8. Drake F. R. Understanding Disability Policies, Basingstoke: Macmillan, 1999. P.36.

9. Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р. Социальная политика. Социальная структура. Политика инвалидности. Проблемы доступной среды и возможности занятости // Социологические исследования. – 2005. - № 2. – С. 44-55.

10. Буссмейкер Дж. Гражданство, типология государства всеобщего благоденствия и материальное обеспечение семьи: истоки и опыт осуществления политики равенства полов // Обеспечение равенства полов: политика стран Западной Европы. М.: Идея-Пресс. 2000. С. 254.

11. Донкан И.М. Социальная эксклюзия семей, имеющих детей-инвалидов (на примере Дальнего Востока). Автореферат канд. социол. наук. Хабаровск, 2010. 24 с.

12. Кавокин С.Н. Глобальный кризис и положение инвалидов в современной России // Уровень жизни населения регионов России. – 2009. - № 7. - С. 12-13.

13. Астоянц М.С. Социальное сиротство: условия, механизмы и динамика эксклюзии (социокультурная интерпретация). Автореферат д-ра социол. наук. Ростов-на-Дону. 2007.

14. Стенограмма встречи Председателя Правительства РФ В.В. Путина с представителями общественных организаций и обществ инвалидов РФ 19 августа 2011 г. URL: <http://premier.gov.ru/events/news/16218/> (дата обращения 10.09.2011 г.).

15. Выступление Президента РФ Д.А. Медведева на пленарном заседании Мирового политического форума «Современное государство в эпоху социального многообразия» 08.09.2011 г. URL: http://www.gpf-yaroslavl.ru/viewpoint/speech_by_president_of_russian_federation_da_medvedev_at_the_plenary_session_of_the_global_policy_forum/ (дата обращения 10.09.2011 г.).

16. Федеральный государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования по направлению 050700 специальное (дефектологическое) образование // утвержден приказом Министерства образования и науки РФ от 18 мая 2010 г № 49.

Т.П. Малкова

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ АДАПТАЦИИ ЛИЧНОСТИ ПРИ ГЛУБОКИХ НАРУШЕНИЯХ ЗРЕНИЯ

Волгоградский государственный педагогический университет
г. Волгоград

Адаптацию как процесс оптимального соотношения личности и окружающей среды необходимо рассматривать как важный фактор психического развития. Вопросам психологической адаптации лиц, имеющих глубокие нарушения зрения, в тифлопсихологии уделяется самое пристальное внимание.

Достаточно продолжительное время в рамках проблемы компенсации дефектов зрения изучался психофизиологический уровень адаптации. Позднее основную проблему тифлопсихологии стали исследовать в русле теории реабилитации, социальной адаптации и интеграции инвалидов по зрению. Отправной точкой в изучении вопросов адаптации в тифлопсихологии являются выдвинутые Л.С. Выготским представления о сущности и структуре дефекта, который вносит своеобразие в развитие психики в целом, а также отдельных ее компонентов [3].

Основополагающим для тифлопсихологии является учение Л.С. Выготского о дивергенции (расхождении) культурного и биологического в процессе аномального развития и о возможности ее преодоления на основе создания и использования «обходных путей культурного развития» [3].

Значительный вклад в разработку проблемы адаптации лиц с глубокими нарушениями зрения был внесен А.Г. Литваком. Исследуя процесс восстановления нарушенного равновесия личности и среды, вызванного врожденной или приобретенной патологией зрения с точки зрения компенсации, ученый отводил ведущую роль социальным факторам [5,6].

Нарушение нормального развития, вызванное каким-либо физическим или психическим недостатком, влечет за собой автоматическое включение биологических компенсаторных функций организма, что объясняется рефлекторным характером возникновения и протекания компенсаторных перестроек и их подчиненностью универсальным принципам, не зависящим от вида и локализации. В данном случае компенсация понимается как универсальная способность организма в той

или иной степени возмещать нарушение или утрату определенных функций [2]. Однако при наличии таких тяжелых дефектов, как слепота и слабовидение, компенсаторное приспособление, если оно лишь биологическая функция, рефлекторная реакция организма на физическую или психическую травму, не может полностью восстановить нормальную жизнедеятельность человека [7].

Сущностная взаимосвязь адаптации слепых и слабовидящих и их реабилитации всесторонне изучалась отечественными тифлологами.

Так, С.А. Хрусталеv отмечает необходимость разделения теоретического и практического аспектов изучения проблемы реабилитации. С теоретической точки зрения, по мнению ученого, реабилитация представляет собой психический процесс адаптации человека к своему зрительному дефекту, в котором можно выделить три взаимосвязанных, усложняющихся уровня: а) адаптация к окружающему предметному миру; б) адаптация к социально-психологическому окружению; в) адаптация к себе как инвалиду по зрению. Практическая реабилитация лиц с глубокими нарушениями зрения ученым представлена как система мероприятий, каждое из которых обеспечивает протекание адаптационных процессов определенного уровня [8].

По определению И.М. Язвиной, социальная реабилитация лиц с глубокими нарушениями зрения есть не что иное, как процесс, направленный на скорейшую и полную адаптацию человека к социально-бытовым условиям, окружающей среде, к труду и коллективу [9].

Изучая особенности поздноослепших, говоря о единстве целей реабилитации и реадаптации и рассматривая их в качестве составляющих, «внутренней» и «внешней», одного процесса, В.И. Черанев выделил три аспекта реабилитации: реабилитация/реадаптация в предметно-познавательном плане, реабилитация/реадаптация в социально-психологическом плане и личностная реабилитация/реадаптация [10]. Е.Д. Агеев конечную цель реабилитационных мероприятий видит в эффективном включении инвалидов по зрению в широкий социум [1].

Всестороннее исследование основных вопросов тифлопсихологии, таких, как адаптация лиц с глубоким нарушением зрения, проблемы компенсации зрительного дефекта, реабилитации слепых и слабовидящих, стало возможным в 70-

е годы прошлого века. Именно тогда была сформирована база экспериментальных данных, в которой раскрывалась специфика развития ощущения, восприятия, представлений у слепых и слабовидящих людей.

В эти годы накапливался и опыт реализации личностного подхода, что позволило выработать единый научный взгляд на вопросы развития психики и формирования личности человека с глубокими нарушениями зрения, а также достичь адекватного понимания специфики адаптации в условиях зрительной депривации [4]. В 70-е годы прошлого века в тифлопсихологии четко обозначились три концепции психического развития личности.

Смысл одной из концепций сводился к тому, что психика человека с глубокими нарушениями зрения развивается намного быстрее и качественнее в том случае, если дефект зрения проявился достаточно рано и он достаточно глубок. Авторы этой концепции, Б.И. Коваленко и Н.Б. Коваленко, полагают, что инвалиды с таким дефектом для преодоления трудностей, возникающих в процессе адаптации, вынуждены, по сравнению с людьми, у которых патология зрения незначительна и появилась относительно поздно, в большей степени, активнее использовать речь и мышление. Именно так трактовались экспериментальные данные в проведенных на основе этой концепции многочисленных исследованиях [11].

Фактический материал научных экспериментов говорит о широких потенциальных возможностях психики, интеллектуального роста людей с ранним и глубоким нарушением зрения. Уровень развития слабовидящих детей напрямую зависит от качества их обучения и воспитания. Целенаправленная, всесторонняя работа специалистов с этой категорией подопечных дает положительные результаты. Неравномерности развития детей с дефектом зрения нередко объясняются недостаточно продуманной организацией учебно-воспитательного процесса. Необходимо также помнить о том, что только при создании сопоставимых условий обучения нормально видящих и слепых с учетом специфики зрительных нарушений могут быть получены объективные научные данные о темпе развития лиц с дефектами зрения [12].

Достаточно противоречивой является концепция, суть которой состоит в следующем: зрительная депривация отрицательно влияет на развитие мышления, за-

медля его. Экспериментальные данные подтверждают, что при решении конкретных задач, направленных на активизацию умственных способностей слабовидящих людей, наблюдается зависимость психического развития, «вторичные» отклонения в нем, вызванные дефектом зрения. Тем не менее в ряде работ сторонников данной концепции можно найти утверждение, явно противоречащее ее сути, а именно: развитие психики у слепых людей не зависит от патологии зрения [7].

Представленные концепции, несмотря на их различие и противоречивость, содержат общую идею: зрительная депривация так или иначе влияет на психические и интеллектуальные особенности развития человека, на его адаптационные способности. В данных концепциях не указывалась истинная причина возможного замедленного психического и умственного развития лиц с дефектами зрения, неверно трактовалась специфика их адаптации, теоретические положения и выводы в недостаточной мере подкреплялись экспериментальными данными, что препятствовало разработке действенных приемов формирования адаптационных способностей у слепых и слабовидящих людей и что, в конце концов, обусловило необходимость возникновения нового научного направления в тифлопсихологии.

Сущность новой концепции заключается в следующем: развитие психической деятельности человека зависит не от дефектов зрения, а от качества обучения и воспитания, от того, насколько грамотно, целенаправленно, с учетом личностного подхода для разных возрастных групп организован учебно-воспитательный процесс. Искусственная задержка в психическом развитии детей с нарушением зрения возникает не вследствие зрительной депривации, а из-за недостаточно эффективной системы обучения и воспитания [13].

Личностный подход, важнейшая составляющая данной концепции, означает взаимосвязанное изучение адаптации как процесса и как деятельности, подлежащей саморегуляции, самоконтролю со стороны личности, конкретного человека. Именно этот человек, испытывающий трудности в различных сферах жизнедеятельности из-за зрительной депривации, сам определяет ту область знаний, где его интеллектуальные способности, творческий потенциал могли бы раскрыться наиболее полно.

Литература

1. Агеев Е.Д. Проблемы реабилитации инвалидов по зрению в современных условиях / Е.Д. Агеев // Новые подходы в теории и практике обучения, воспитания, реабилитации слепых и слабовидящих. – М., 1995.
2. Анохин П.К. Узловые вопросы теории функциональной системы / П.К. Анохин. – М.: Наука, 1980.
3. Выготский Л.С. Полное собрание сочинений в 6 томах. – М.: Педагогика, 1983-1984.
4. Зотов А.И. О личностном подходе в изучении психической деятельности слепых и слабовидящих школьников с нормальным и нарушенным интеллектом / А.И. Зотов, А.Ф. Самойлов // Особенности познавательной деятельности слепых и слабовидящих школьников. – Л.: ЛГПИ им. А.И. Герцена, 1976.
5. Литвак А.Г. Слепота и формирование личности: Сб. по реабилитации слепых / Под ред. А.Г. Литвака. – М.: ВОС, 1982.
6. Литвак А.Г. Психология слепых и слабовидящих / А.Г. Литвак. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 1998.
7. Литвак А.Г. Тифлопсихология / А.Г. Литвак. – М., 1985.
8. Хрусталева С.А. Методика и практика социально-психологической реабилитации незрячих / С.А. Хрусталева. – М., 1986.
9. Язвина И.М. Совершенствование управления системой социальной реабилитации / И.М. Язвина, – М., 1985.
10. Черанев В.И. Психологические аспекты реабилитации ослепших в зрелом возрасте / В.И. Черанев // Особенности учебной и трудовой деятельности при глубоких нарушениях зрения. – Л.: ЛГПИ им. А.И. Герцена, 1983
11. Коваленко Б.И., Коваленко Н.Б., Возвращение ослепших к трудовой жизни. – М., 1962.
12. Казначеев В.П. Современные аспекты адаптации. – Новосибирск, 1986.
13. Солнцева Л.И. Введение в тифлопсихологию раннего, дошкольного и школьного возраста. – М., 1998.

Е.С. Митченкова
**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОЙ ОДАРЕННОСТИ**
Челябинский государственный университет
г. Челябинск

Целостный подход к сложному и многоаспектному явлению детской одаренности предполагает понимание одаренности как системного качества психики, развивающегося на протяжении всей жизни. Особенности динамики становления одаренности в детском возрасте оказывают влияние не только на уровень достижений ребенка, но и на формирование его личности, и на его дальнейшую судьбу.

Недопустимо использование упрощенного подхода к анализу феномена одаренности, ограниченного лишь сферой способностей ребенка. Адекватное рассмотрение уникального по своей природе явления детской одаренности требует подхода, учитывающего как способности, так и особенности личности одаренного ребенка, его нравственного, духовного облика.

Большинство психологов признает, что уровень, качественное своеобразие и характер развития одаренности - это всегда результат сложного взаимодействия наследственности (природных задатков) и социальной среды, опосредованного деятельностью ребенка (игровой, учебной, трудовой).

Понимание одаренности как системного качества предполагает рассмотрение личностного развития как основополагающей цели обучения и воспитания одаренных детей. При этом следует помнить, что системообразующим компонентом одаренности является особая, внутренняя мотивация, создание условий для поддержания и развития которой должно рассматриваться в качестве центральной задачи личностного развития.

Выявление одаренных детей должно осуществляться в рамках комплексной и индивидуализированной программы идентификации одаренности ребенка. Подобного рода программа предполагает использование множества различных источников информации, анализ процесса развития ребенка на достаточно

длительном отрезке времени, а также применение валидных методов психодиагностики.

Направления работы с одаренными детьми в сфере образования должны опираться на принцип развивающего и воспитывающего обучения, индивидуализацию и дифференциацию обучения, учет возрастных возможностей.

Конкретные цели обучения одаренных учащихся определяются с учетом специфики определенного вида одаренности, а также психологических закономерностей ее развития. В качестве приоритетных целей обучения детей с общей одаренностью могут быть следующие:

- развитие духовно-нравственных основ личности одаренного ребенка;
- создание условий для развития творческой личности;
- развитие индивидуальности одаренного ребенка;
- обеспечение широкой общеобразовательной подготовки высокого уровня, обуславливающей развитие целостного миропонимания и высокого уровня компетентности в различных областях знания в соответствии с индивидуальными потребностями и склонностями учащихся.

Наиболее перспективной и эффективной является работа с одаренными детьми в рамках внутренней (элективной) дифференциации, т.е. на основе смешанного обучения при условии осуществления дифференцированного и индивидуализированного подходов. Это станет возможным по мере повышения качества образовательного процесса в массовой школе, роста квалификации педагогов, внедрения развивающих и личностно-ориентированных методов обучения, использования ресурсов ИК-технологий, создания обогащенной школьной образовательной среды и т.д.

Реализация комплексного подхода предъявляет особые требования к специалистам, работающим с одаренными детьми, и предполагает соответствующие формы и уровень подготовки этих специалистов, ибо основная цель работы с одаренными детьми – это содействие их превращению в одаренных взрослых.

Л.В. Палкетова
**ОСОБЕННОСТИ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ОВЗ
И КЛЮЧЕВЫЕ МОМЕНТЫ ФОРМИРОВАНИЯ РЕЧИ**

Областной центр диагностики и консультирования
г. Челябинск

Вряд ли кто из родителей может забыть первые слова своего ребенка. Ведь их с нетерпением ждут! Несовершенные, смешные, сотворенные самими малышами, они так дороги родителям, бабушкам, дедушкам. В жизни крохи настал важнейший этап, от которого будет зависеть все его дальнейшее развитие. По мере овладения речью формируются психика ребенка, его мышление, познавательные процессы, общие и специфические способности. Поэтому даже незначительные нарушения речи препятствуют нормальному развитию ребенка, формированию его личностных качеств.

Многих родителей волнуют вопросы: Каковы причины речевой патологии? Как должна развиваться речь ребенка? Как не упустить время, когда следует бить тревогу? В традиционной логопедии речевое развитие условно разделено на несколько этапов и может служить для родителей памяткой.

От 1,5 до 3 мес. – «гуление», когда малыш издает звуки: а-а-а, гууу-гуу, э-э-э, пфф, буу.

От 3 до 6 мес. – так называемая «свирель», тянет малыш звуки, как на свирельке играет, поет их: е-лл-и, агу-ааа, алль-ле.

От 6 до 9 мес. – «лепет»: ба-ба-ба, па-па-па-па, м-ма-ма.

От 9 мес. до 1 года – первые слова и звукоподражания: мама, папа, дай, деда, ав-ав, муу.

От 1 года 6 мес. до 1 года 9 мес. – первые предложения: «Ляля бух!», «Мама, дай!»

От 1 года 9 мес. до 2 лет – период стремительного развития речи, когда малыш усваивает 350 слов и более. В это время начинается бурное вторжение в жизнь, интереснейший этап – первые «почемучки», познание жизни через вопросы, обращенные ни к кому-нибудь, а к маме, папе, бабушке, дедушке.

От 2 до 3 лет ребенок практически усваивает грамматический строй родного языка. Он склоняет существительные, согласовывает с ними прилагательные, учится правильно использовать глаголы, местоимения, наречия и другие части речи.

От 4 до 5 лет дети овладевают умением связно рассказывать: они повторяют услышанную сказку, пересказывают содержание любимого мультика, эмоционально и восторженно передают свои впечатления о праздничном утреннике в детском саду, поведают вам о пережитом событии, причем довольно связно и последовательно. В это время речь для ребенка становится инструментом познания. Это второй период «почемучек», когда малыш активно вторгается в жизнь, открывая для себя новые предметы и явления.

Итак, к 4-5 годам ребенок знает много слов, правильно использует их в речи. Если к этому возрастному периоду он не произносит 2-3 трудных звука (р, л, с, щ), то это не страшно, к 5-6 годам звуковую сторону речи можно привести в норму. А вот если речь его несовершенна, большинство звуков он произносит неверно, да еще запас слов крайне мал, это уже серьезно, и следует немедленно обратиться к логопеду.

Что могло стать причиной нарушения речи? Причин очень много. Болезни матери в период беременности, последствия трудных родов, осложнения после тяжелых заболеваний ребенка, задержка умственного развития, педагогическая запущенность и, как это ни прискорбно, вредные привычки родителей – алкоголь и наркотики – уж они-то бьют по ребенку без промаха еще до его появления на свет.

Очень часто причины плохой речи кроются в несовершенстве моторики. Эта же причина отразится на процессе письма: ребенку трудно будет научиться красиво писать, рисовать, успевать за темпом работы в классе.

На практике бывают случаи, когда у ребенка с нормальным умственным развитием очень плохо развита речь. После сравнительно недолгого общения с ним выясняется, что главная причина речевых нарушений значительное недо-

развитие моторики. Источник этих неприятностей один: невнимание взрослых к особенностям развития ребенка.

В чем проявляется моторная неловкость такого ребенка? Попросите его собрать «нечаянно» рассыпанные на столе спички, а потом поиграйте: нарисуйте разноцветные шарики, а он пусть дорисует к ним ниточки. И зажимает их в кулак, напрягаясь и с трудом расслабляя сжатые пальцы. А вместо ниточек получаются ломанные зигзаги. Попросите ребенка отвести один пальчик в сторону – за ним потянутся остальные. Проверьте подвижность губ, языка – движения неловкие, нечеткие, и ребенок отказывается выполнять движения, потому что быстро устает. А подобные манипуляции шестилетний ребенок должен выполнять свободно.

Внимательно следите за ходом речевого развития малыша. С момента рождения необходимо разговаривать с ним, петь ему. Необходимо всячески поддерживать радостное, улыбочное состояние ребенка, но не переутомлять нервную систему. Малыш начинает прислушиваться к окружающим звукам; мелодичные звуки вызывают у него чувство удовлетворения, улыбку, а резкие (сердитый голос) – плач. Следует поддерживать появляющийся у него лепет как здоровую основу будущей речи. Все свои действия сопровождать речью, повторять его лепетные звуки, вызывая этим у него радостные чувства, стремление подражать им. Несколько позже, к шести месяцам, подобным способом можно вызвать у малыша повторение отдельных слов: мама, папа. В это время начинается разговор с ребенком. В дальнейшем, с семи до десяти месяцев, для развития понимания речи следует называть громко, четко все, что привлекает внимание ребенка. Например, при встрече с кошкой мама скажет: «Это киса. Киса, киса, мяу-мяу. Киса брысь!» и т.д. Можно петь ребенку песенки с хлопанием в ладоши, а затем научить его самого хлопать. Умывая ребенка, приговаривать ласковым, добрым голосом какой-нибудь маленький стишок. С малышом нужно говорить, не сюсюкая, не искажая слова, не подражая детской речи. Как показали психолингвистические исследования, обращенная к ребенку неправильная речь малопонятна и вредна для его речевого развития, т.к. рече-

вой слух ребенка выхватывает лишь куски и чаще всего окончания слова. Впоследствии ребенок «застрекает» на стадии говорения исключительно «детских слов», тем самым провоцирует возникновение нарушений, связанных с неполным овладением всеми звуками родного языка, заменами и смешением звуков. Ведь сначала неправильно воспринял, затем неправильно сказал и, наконец, так привык к происшедшей замене, что разницы между тем, как слышит и как произносит, не видит. А в будущем мы имеем такую неприятность, как аграмматизм у школьника – «как слышится, так и пишется», а пишется неграмотно.

С десятимесячного возраста, развивая у ребенка понимание речи, можно учить его выполнению некоторых самых простых поручений, просьб.

Когда ребенок произносит первое слово (примерно в 10-12 мес.), наступает самый ответственный этап участия матери и окружающих в развитии речи ребенка.

При разговоре с ребенком, необходимо не торопясь, достаточно громко и отчетливо произносить каждый звук с соответствующим смыслу слова интонацией и темпом, четко выделять ударный слог (поэтому нельзя растягивать слово по слогам, так как при этом теряется ударение). Каждое новое слово должно быть понятно ребенку, т.е., произнося его, одновременно надо обратить внимание малыша на соответствующий предмет или действие и назвать несколько раз то, что он видит. Так закрепляется связь между названием предмета (словом) и самим предметом. Когда ребенок сам произносит новое слово или предложение, надо с радостью повторить сказанное им, похвалить: он охотнее будет разговаривать, и развитие речи пойдет быстрее.

Для развития речи полезны игры. Это могут быть игры на узнавание игрушек, изображений на картинках, на выполнение элементарных просьб, звукоподражание, например: «Что это? Это собачка – ав, ав. Посмотрим собачку. Хорошая собачка (погладить ее). На собачку. Дай собачку» и т.д. В дальнейшем, в течение 2-го года жизни малыша, надо чаще применять речевые игры, инсценировать сказки.

После 2 лет следует отучать ребенка пользоваться «детскими» лепетными словами, взрослым, желательно, в разговоре с ребенком, использовать обычные: кошка, корова, собака и т.д. Односложные предложения заменять двух- и трехсловными. Помогать ребенку вместо жестов пользоваться словами.

Отдельного внимания заслуживает такой момент как стремительность речевого развития. Это – вариант нарушения нормального развития речи и опасен он возникновением невроза.

В этом случае первые слова детей не только не задерживаются в сроках появления, но, наоборот, опережают все возрастные нормы и сроки речевого развития. Ребенок, едва «перешагнув» годовой рубеж жизни, вдруг начинает говорить почти развернутыми предложениями, с хорошей дикцией, используя сложные, совсем не детские слова. Сколько гордости вызывает у родителей их говорящее чудо! Сначала такие возможности кажутся безграничными, с ним постоянно разговаривают и почти круглосуточно говорит он сам. Его учат, много рассказывают, читают, показывают видеофильмы и т.д. И он все понимает, с интересом слушает. И, казалось бы, все идет прекрасно. Но такой малыш почему-то иногда плохо спит, плачет во сне, становится капризным и вялым. Это происходит потому, что еще слабая неокрепшая нервная система малыша не справляется с потоком информации. Повышенная возбудимость, ночные страхи, капризы свидетельствуют о том, что нервная система ребенка утомлена, не справляется с информационной нагрузкой. Значит малышу необходим отдых, свобода от лишних впечатлений, особенно речевых. Для того чтобы предотвратить развитие невроза, нужно больше гулять с ребенком, играть в простые детские игры, учить общаться со сверстниками и ни в коем случае не перегружать информацией.

Чтобы воспользоваться рекомендациями, нужно очень внимательно наблюдать за своим малышом, пытаться понять его интересы, знать его характер. А главное – руководствоваться принципом «Не навреди!».

С.Н. Рой
**ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ДЕФЕКТОЛОГА С ДЕТЬМИ
РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ И ИХ РОДИТЕЛЯМИ**

Областной центр диагностики и консультирования
г. Челябинск

Ежегодно в Российской Федерации рождается около 30 тысяч детей с врожденными и наследственными заболеваниями. Уровень физического и умственного развития подрастающего поколения снижается, возрастают показатели соматических и неврологических заболеваний, что в конечном итоге ведет к росту инвалидности. В связи с этим насущной становится проблема оказания помощи детям раннего возраста с нарушениями развития.

Ранний детский возраст является важнейшим периодом жизни человека, когда закладываются основные фундаментальные способности, определяющие дальнейшее развитие. В этот период появляются такие ключевые качества, как познавательная активность, уверенность в себе, доброжелательное отношение к людям, творческие возможности, общая жизненная активность и многое другое. Однако эти качества и способности не возникают автоматически, как результат физиологического созревания. Их становление требует правильных воздействий со стороны взрослых, определённых форм общения и совместной деятельности с ребёнком. Истоки многих проблем, с которыми сталкиваются родители и педагоги (сниженная познавательная активность, нарушения в общении, замкнутость и повышенная застенчивость или, напротив, агрессивность и гиперактивность детей, нарушения речи и пр.), следует искать именно в раннем детстве. Коррекция и компенсация этих недостатков в развитии представляет существенные трудности и требует значительно больших затрат в дошкольном и школьном возрасте, чем их предотвращение.

В настоящее время у подавляющего большинства детей раннее детство проходит в семье. Семейное воспитание действительно является оптимальным для маленького ребёнка, поскольку любовь близких взрослых, их чуткое и гибкое отношение, индивидуальное общение являются главными и необходимыми условиями нормального психического развития ребёнка и его хорошего эмоцио-

нального самочувствия. Однако далеко не все родители имеют представление о возрастных особенностях детей до трёх лет и умеют найти адекватные пути педагогического воздействия на них. В большинстве семей сохраняются представления о раннем возрасте как о периоде физиологического созревания и физического развития. И ошибочно считается, что психическое развитие начинается после трёх лет. В результате внимание родителей сосредоточено на физическом здоровье малыша и ограничено гигиеническим уходом (кормление, прогулки, купание и т.д.) и предоставлением ему множества игрушек. В других семьях, напротив, переоценивают возможности ребёнка и начинают учить и воспитывать двухлетнего малыша так же, как ребёнка 5-7 лет (учат читать и писать, пользоваться компьютером, сажают перед телевизором и пр.). В обоих случаях игнорируются возрастные особенности детей, что может привести к печальным последствиям. Нарастание проблем, связанных с психическим здоровьем и развитием детей (задержки в умственном и речевом развитии, отсутствие воображения и пр.), являются прямым следствием таких действий родителей.

Исходя из выше сказанного, в ОЦДиК в 2008 году была разработана программа по организации помощи детям раннего возраста и их родителям. Данная программа предполагает развивающие занятия с детьми 2-3-х лет. Ведь именно в 3 года начинают строиться, помимо уже существующих отношений «ребёнок – взрослый», отношения «ребёнок – сверстники». Также именно к этому возрасту для родителей становятся очевидными проблемы в развитии малыша (не говорит, труден в поведении, не играет, не проявляет интереса к сверстникам и пр.).

В ОЦДиК коррекционно-развивающая работа с детьми раннего возраста с нарушениями развития и их семьями проводится по нескольким направлениям, на которых мы остановимся более подробно.

I. Консультирование – это такая форма работы с семьей, где объектом консультативно-просветительского процесса является не только ребенок с нарушениями в развитии, но и его семья. Родители регулярно и систематически, через определенные отрезки времени (не реже 1 раза в неделю), получают целенаправленные задания с методическими рекомендациями по их выполнению для работы со своим ребенком.

Примерный план работы:

1. Беседа с родителями:

- изменения, произошедшие в развитии ребенка за истекший период;
- возникшие проблемы в работе, пути решения проблем.

2. Работа с ребенком и практическое обучение родителей приемам и методам работы с ним:

- установление контакта с ребенком (в игровой форме). При взаимодействии с ребенком необходимо поддерживать радостное настроение, удовлетворять потребности ребенка в доброжелательном внимании. Необходимо войти в доверие к ребенку. Малыш должен начать взаимодействовать;

- проведение занятия с ребенком (с комментариями для родителей). Наблюдение матери за проведением индивидуального занятия дефектолога. Наблюдение за занятиями своего ребенка со специалистом, за процессом усвоения им определенных правил поведения, знаний и навыков помогают родителям лучше понять его трудности, оценить адекватность требований и занять более правильную воспитательную позицию в семье;

- анализ содержания занятия (какие упражнения и игры использовались, их цель, задачи, чего удалось добиться, а какие задания надо повторить еще);

- анализ педагогических приемов работы с ребенком;

- наблюдение за совместной деятельностью родителей и ребенка, оценка их сотрудничества (по необходимости);

- определение перспективы дальнейшей работы с ребенком.

3. Подведение итогов проведенной работы.

Примерное содержание работы по повышению уровня компетентности родителей:

1. Знакомство с этапами и закономерностями психофизического развития здорового ребенка.

а) Роль и формы общения с ребенком на том или ином возрастном этапе.

б) Значение ситуативно-делового общения, приводящего к дальнейшему развитию и качественному преобразованию предметной и игровой деятельно-

сти детей (к переходу от отдельных действий к процессуальным играм), к возникновению и развитию речи.

в) Возникновение и развитие речи.

г) Знакомство с понятиями «ведущая деятельность», «зоны актуального и ближайшего развития».

2. Значимость целенаправленных занятий для психофизического развития ребенка.

3. Значение режима дня в жизни ребенка.

а) Занятия и отдых малыша в семье.

б) Оптимальные условия проведения прогулки.

в) Развитие самостоятельных действий ребенка в процессе выполнения режимных моментов.

4. Роль предметно-развивающей среды в развитии ребенка раннего возраста.

а) Что такое предметно-развивающая среда.

б) Как организовать предметно-развивающую среду в семье.

в) Значение игрушки для общения ребенка со взрослым.

г) Игрушки: роль, виды, назначение.

д) Критерии оценки игрушки при покупке.

е) Игра, роль, этапы формирования, виды, организация игры в домашних условиях.

5. Значение общения в жизни и развитии ребенка раннего возраста.

а) Виды общения, их роль в психическом развитии ребенка.

б) Когда и как организовать общение взрослого с ребенком на прогулке.

в) Нужно ли ребенку общение с другими детьми.

6. Развитие навыков самообслуживания у ребенка раннего возраста.

а) Приемы формирования навыков самообслуживания и опрятности в определенные возрастные периоды.

II. Индивидуальное коррекционное занятие, направленное на восстановление или компенсацию нарушенных структур и функций организма, предотвращение и/или устранение ограничений активности. На индивидуальных кор-

реакционных занятиях дефектолог работает самостоятельно с ребенком, а маму просит наблюдать за деятельностью специалиста и ребёнка в ходе занятия. От родителей требуется повторять дома задания, копировать действия дефектолога и их последовательность.

Требования к организации занятий с детьми раннего возраста

1. Учебный (предоставляемый) материал соответствовать программным требованиям (индивидуальной программе), перспективному плану, теме занятия, поставленным задачам.

2. Организация игрового пространства и подбор игрушек в соответствии с возрастом ребенка (не должны быть опасны для жизни и здоровья детей). Величина предметов уменьшается с возрастом ребенка.

3. Должны соблюдаться санитарно-гигиенические требования: обработка игрушек или использование индивидуальных игрушек. Желательно использовать пластмассовые, резиновые игрушки.

4. Использование игровой мотивации на всех занятиях.

5. Построение занятия с учетом лексических тем и единой сюжетной линии.

6. Построение занятий с учетом возрастных и индивидуальных особенностей.

7. Занятие должно носить интегративный характер, что дает возможность решения нескольких разноплановых задач в рамках одного занятия.

8. Построение занятий должно осуществляться так, чтобы на каждом последующем занятии усложнялись задачи работы и в каждом виде деятельности навыки не только закреплялись, но и усложнялись.

9. Работа по развитию речи должна прослеживаться на протяжении всего занятия (не только как часть основной структуры занятия, но и на каждом этапе занятия).

10. Продолжительность занятия устанавливается в зависимости от степени сложности занятия и от состояния ребенка в данный день, но не более 15-20 мин.

11. Иногда требуется дополнительная работа по включению ребенка в занятие, что приводит к удлинению занятия.

12. Занятие должно быть подчинено общедидактическим, научным принципам.

13. Принцип создания успешности.

14. Занятия должны носить предметно-практическую направленность.

Примерная структура занятия с детьми раннего возраста:

1. Организационный момент (игры и упражнения на установление эмоционального контакта с ребенком, игры и упражнения направленные на развитие коммуникативных навыков).

2. Основная часть:

- упражнения на развитие сенсорного восприятия:

а) игры для развития зрительного восприятия;

б) игры для развития слухового восприятия.

- игры и упражнения по развитию речи:

а) артикуляционная, дыхательная гимнастика;

б) игры по стимулированию звуковой активности.

- игры, направленные на физическое развитие:

а) упражнения по развитию движений руки и действий с предметами;

б) упражнения по развитию общей моторики;

в) развитие ориентировки в пространстве.

3. Подведение итогов занятия.

Программа по коррекционно-развивающей работе с детьми раннего возраста и их семьями в ОЦДиК прошла апробацию в течение 3 лет и из разряда инновационного проекта перешла в разряд постоянного функционирования. Кроме дефектолога с детьми проводят занятия психолог, логопед, а также организуется медицинское сопровождение с использованием возможностей физиотерапевтического воздействия. В течение года специалисты отслеживают динамические изменения в развитии ребёнка, знакомят родителей с результатами диагностики и, при необходимости, корректируют программу коррекционно-развивающей работы. Деятельность специалистов получила положительные отзывы со стороны родителей и продолжается в 2011-2012 учебном году.

Л.С. Рычкова
**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТИПОЛОГИИ ШКОЛЬНОЙ
ДЕЗАДАПТАЦИИ У ДЕТЕЙ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

Южно-Уральский государственный университет
г. Челябинск

Процесс приспособления индивида к изменяющимся условиям среды обозначают как адаптацию. Под психической адаптацией понимается целостная, многомерная, самоуправляемая, функциональная система, направленная на поддержание устойчивого взаимодействия индивида с окружающей средой и отношение к самому себе. Адаптационный механизм предполагает реализацию взаимодействия биологических (физиологических), психологических (индивидуально-личностных) и социальных (личностно-средовых) компонентов, каждый из которых отличается своеобразием и неповторимостью. Вместе с тем, все они тесно взаимосвязаны, изменения хотя бы одного из них вызывают необходимость включения компенсаторных механизмов. Это может привести к состоянию дезадаптации, т.е. нарушению процессов взаимодействия человека с окружающей средой, социумом. Механизм дезадаптации чаще всего разворачивается по принципу «замкнутого порочного круга», где пусковым фактором может явиться резкое изменение условий жизни, привычной среды или наличие стойкой травмирующей ситуации. Дезадаптация усугубляет имеющиеся недостатки развития, психические и соматические нарушения, что ведет к еще большей дезадаптации и дальнейшим отклонениям в развитии [3,5]. Следует иметь в виду, что отрицательные социальные воздействия, особенно длительно существующие, нарушают не только социализацию личности ребенка, но могут вызывать и структурные изменения личности, не только количественные, но и качественные. Отрицательные социально-психологические влияния могут играть роль факторов, нарушающих психофизическое здоровье ребенка [3].

В последние годы отмечается стойкая тенденция к увеличению количества детей с общим психическим недоразвитием. Частота олигофрении в популяции оценивается в пределах от 0,2 до 3% [2,5]. Вопросы умственной отсталости

(УО) на всех этапах исторического развития охватывают самые различные аспекты: медицинские, педагогические, психологические, социологические. Практически в одинаковой степени они касаются врачей-психиатров, учителей-дефектологов, воспитателей, логопедов, психологов.

Известно, что при умственной отсталости имеется тотальное недоразвитие всех сторон психической деятельности, включая и социальную незрелость, имеющую определенную зависимость от культуральных микро- и макросредовых факторов [4,5]. Дети с УО имеют недостаточную по сравнению с нормальными детьми, систему психологической защищенности. Учитывая вышесказанное, можно предположить, что возможности адаптации у этой группы детей и подростков снижены. Следовательно, контингент детей с УО можно рассматривать как группу высокого риска по социальной (школьной) дезадаптации.

Школьная дезадаптация (ШД) при УО является частным проявлением общей социальной дезадаптации умственно отсталых, которая нередко включает изменения и в психосоматической сфере. Феномен школьной дезадаптации, отмечаемой у многих детей с интеллектуальной недостаточностью даже в условиях адекватного их возможностям обучения (специальные вспомогательные школы и классы). Обладая рядом специфических особенностей, подчиняется в своем формировании и общим закономерностям, главная из которых – включенность в этот процесс целостной личности ребенка [7,5].

Одним из теоретических оснований нашего исследования явилась концепция Л.С. Выготского [1], по мнению которого «...ребенок может компенсировать трудности ответными агрессивными действиями по отношению к социальной среде, в которой он находится (к детской среде, родительской, школьной)». Исходя из этого, можно предположить, что трудности поведения являются вторичными симптомами осложненного развития. В научной литературе взаимосвязь нарушений поведения и слабой успеваемости изучена недостаточно. Существует большое количество работ, посвященных школьной неуспеваемости. В них авторы рассматривают недостаточность усвоения программного материала, как проблему познавательной деятельности ребенка. При этом практически не затрагивается анализ трудностей поведения у тех же детей. В неко-

торых литературных источниках патология поведения понимается как следствие эмоционально-волевых нарушений [4], не затрагивая проблему успеваемости. Ряд авторов устанавливает причинно-следственную зависимость между недисциплинированным поведением и стойкой школьной неуспеваемостью. Одни из них упоминают трудности поведения, как причину недостаточного усвоения программы. Другие напротив, считают, что слабая успеваемость приводит к нарушениям поведения [5]. Как те, так и другие предположения по существу являются гипотезами. Специальных экспериментальных исследований на эту тему явно недостаточно.

Нами прослеживалась на протяжении 4-5 лет динамика развития 614 учащихся специальных коррекционно-образовательных учреждений VIII вида, госпитализированных в детские отделения Областной клинической специализированной психоневрологической больницы №1 по поводу расстройств школьной адаптации. Среди экспериментально-психологических методик наиболее адекватными явились следующие:

1 Опросники (Г. Айзенка (детский вариант); К. Леонгарда-Шмишека; карта наблюдений Стотта).

2 Нейропсихологические методики (графомоторные (модификация методики «Дом-Дерево-Человек»); конструктивные методики (кубики Кооса); тесты Н.И. Озерцкого; пробы А.Р. Лурия, Хеда (наглядный и речевой вариант для исследования стереогнозиса); повторение цифровых рядов (в прямом и обратном порядке); воспроизведение звуковых ритмов) – исследование сукцессивных функций).

3 Проективные методики (пиктограмма; «Моя семья»). Проводилось тщательное наблюдение за поведением детей в лечебном учреждении, в школе, на уроках, в свободной деятельности, в режимные моменты. Эксперимент завершался структурным клинико-психологическим исследованием, которое позволило выявлять эмоциональные реакции детей непосредственно в процессе выполнения интеллектуальных заданий и эмоциональные реакции на ситуации успеха или трудности [5,6].

Как показали проведенные исследования, наиболее оптимальным и эффективным способом диагностики феномена школьной дезадаптации при состояниях легкой умственной отсталости экзогенной этиологии следует считать комплексный, многоуровневый, многоосевой подход с оценкой широкого спектра психопатологических, медико-биологических и социально-психологических факторов, что позволяет установить функциональный диагноз с определением феноменологических проявлений школьной дезадаптации.

Итогом обследования и многомерной оценки следует считать функциональный диагноз, который включает все основные сведения о ребенке. Необходимо заметить, что диагностика школьной дезадаптации у детей с легкой умственной отсталостью имеет свои специфические трудности, не свойственные многим другим формам психической патологии [3,5]. Трудности диагностики объясняются, с одной стороны, отсутствием единого методологического подхода к оценке проявлений школьной дезадаптации, с другой – особенностями возраста, и самое главное, наличием легкой умственной отсталости, когда наряду с когнитивными нарушениями наибольшие затруднения отмечаются в сфере личностной зрелости в виде повышенной внушаемости, крайней несамостоятельности, неспособности к критическому осмыслению ситуации. В связи с чем, возникает необходимость неоднократных клинических опросов, уточнений, постоянного психопатологического анализа получаемых данных, особенно субъективного анамнеза.

Использование комплексного подхода к диагностике позволило выделить четыре основных типа ШД: аффективно-кинетический, аномально-личностный, дискогнитивный, аддиктивный [5,6].

Аффективно-кинетический тип ШД характеризовался декомпенсацией с преобладанием эмоционально-волевой неустойчивости, аффективной возбудимостью, двигательной расторможенностью и патологией влечений. Помимо нарушений школьной дисциплины, неусидчивости, раздражительности, склонности к конфликтам, агрессии, систематическим прогулам у детей этого типа ШД наблюдались некоторые формы асоциального поведения. Данная группа составила наибольший удельный вес среди всех выявленных типов ШД 34%. Психоло-

патологический анализ симптоматики аффективно-кинетического типа ШД позволил выделить 3 варианта: гиперкинетический – проявлялся преимущественно в виде постоянного нецеленаправленного двигательного возбуждения, расторможенности; астено-гипокинетический 23,6% – характеризовался двигательной заторможенностью, вялостью, бедностью движений, снижением волевых процессов; агрессивно-дисфорический 50,6% – вариант включал в себя состояния декомпенсации в виде аффективной взрывчатости, гневливости, раздражительности с агрессивными действиями.

Аномально-личностный тип ШД обусловлен значительной личностной незрелостью, инфантилизмом, выраженным снижением критических способностей, склонностью к подражанию девиантным формам поведения. Аномально-личностный тип ШД был выявлен у 26% детей и подростков с ЛУО. При аномально-личностном типе ШД было выделено три варианта дезадаптационных состояний. Имитационный вариант 36% – проявлялся склонностью к подражанию девиантным формам поведения. Депривационный вариант 41,2% – обусловлен депривационным дизонтогенезом, микросоциально-педагогической запущенностью, снижением познавательной активности и отсутствием умения регулировать целенаправленную психическую деятельность. Псевдоаутистический вариант 22,8% – декомпенсационные расстройства возникали вследствие снижения коммуникативных функций.

При выделении аномально-личностного типа ШД в качестве самостоятельной модели, мы имели в виду, что социализация индивида, в том числе и с нарушением психического развития, усвоение им общественного опыта реализуется по мере все более активного вовлечения его в социальные отношения, успешность адаптации зависит от степени личностной зрелости.

Дискогнитивный тип ШД обусловлен нарушением познавательных процессов, неравномерной структурой интеллекта с более низкими показателями в одних случаях вербальных характеристик (дисвербальный вариант), в других наблюдениях – по невербальной структуре (аконструктивный вариант).

Одним из существенных признаков для диагностики дискогнитивного типа ШД и указанных выше вариантов явились следующие расстройства: ско-

рость овладения детьми навыками счета, чтения, письма, а также способность детей к овладению операциями, состоящими из ряда последовательных актов.

Количество детей с дискогнитивным вариантом составило 18,6% от общего числа детей с ЛУО, госпитализированных в клинические отделения ЧОКСПНБ №1 по поводу проблем школьной неуспешности.

Аддиктивный тип ШД обусловлен ранней алкоголизацией, употреблением психоактивных веществ с различными комбинациями нарушений когнитивной, аффективно-волевой сферы и личностной незрелости. Во всех наблюдениях факторами риска формирования зависимости явились дисфункциональные семейные условия, с преимущественно конфликтным, дисгармоничным характером, что проявлялось алкогольным бытом с безразличием членов семьи по отношению друг к другу. Одновременно определяющим степень потребления наркотически действующих средств было влияние сверстников из неформальных групп, которому очень легко подвергались дети и подростки с ЛУО. Наиболее часто наряду с алкогольными напитками использовались токсикоманические средства: 53,5% – применяли средства бытовой и промышленной химии; 29,8% – употребляли транквилизаторы. Незначительное число детей с легкой умственной отсталостью 13,2% принимали антигистаминные и антипаркинсонические средства. Практически каждый из обследованных детей с ЛУО имел опыт употребления не менее 2-3-х веществ; наиболее часто использовались гашиш, кустарно приготовленные препараты из мака и барбитураты.

Каждый клинический тип имеет конкретные варианты, характеризующиеся ведущими психопатологическими радикалами и симптомокомплексами, что необходимо учитывать при организации комплекса профилактических и реабилитационных мероприятий, начиная с дошкольного возраста.

В заключение следует заметить, что в организации служб охраны психического здоровья детей определяющим является сотрудничество профессионалов, координация усилий государственных и общественных организаций, что выражается в объективной необходимости межведомственного и междисциплинарного подхода. Несомненно, что в социализации личности ребенка определяющую роль играют социальные факторы и уровень социального здоровья

общества. В детстве закладываются и формируются основы индивидуальности психики, определяется «траектория» его психосоциального развития и «качество» его будущей жизни. Ребенок наиболее подвержен влиянию не только экзогенных вредностей, но и многообразных социальных факторов, поэтому более всего нуждается в уходе, заботе и защите. Ему необходимо создание такой «содействующей и помогающей среды», которая способствовала бы удовлетворению жизненных потребностей, развитию способностей и личностной активности, а также предупреждению психической патологии и психического дизонтогенеза [5,6].

Литература

1. Выготский, Л.С. Проблемы дефектологии / Л.С. Выготский. – М.: Просвещение, 1995. – 527 с.
2. Исаев, Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков / Д.Н. Исаев. – СПб.: Речь, 2007. – 391 с.
3. Коробейников, И.А. Нарушения развития и социальная адаптация / И.А. Коробейников. – М.: «Школа-Пресс», 2002. – 214 с.
4. Петрова, В.Г. Психология умственно отсталых школьников / В.Г. Петрова, И.В. Белякова. – М., 2002. – 160 с.
5. Рычкова, Л.С. Медико-психологические аспекты школьной дезадаптации у детей с интеллектуальными затруднениями: монография / Л.С. Рычкова. – Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2008. – 180 с.
6. Рычкова, Л.С. Специальная психология / Л.С. Рычкова. - Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2008. - 160 с.
7. Шипицына, Л.М. Необучаемый ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта / Л.М. Шипицына Л.М. – СПб., 2002. – 496 с.
8. Шпек, О. Люди с умственной отсталостью: Обучение и воспитание / пер. с нем. А.П. Голубева / под ред. Н.М. Назарова. – М: ИЦ «Академия», 2003. – 427 с.

Л.С. Рычкова, Т.А. Смирнова, И.Ю. Силина
**КОНЦЕПЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕЗАДАПТАЦИОННЫХ
РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫМИ
ЗАТРУДНЕНИЯМИ**

Южно-Уральский государственный университет
Областная клиническая специализированная психоневрологическая
больница № 1
г. Челябинск

На современном этапе развития психиатрии совершенно очевидно, что в формировании психических расстройств у детей и подростков, их динамике, исходе, помимо биологических факторов важную роль играют психологические (возрастные, семейные, ситуационно-средовые), социально-экономические и медицинские факторы. В связи с этим в последнее десятилетие важнейшим организационным принципом в оказании психиатрической помощи, становится ориентация на биопсихосоциальную модель, характеризующуюся мультидисциплинарным подходом к лечению имеющихся расстройств с участием специалистов различного профиля, тесно взаимодействующих между собой [1,2,3,6].

Мировой опыт также свидетельствует о том, что для оказания качественной и эффективной помощи врач-психиатр уже не может обходиться без сотрудничества с медицинскими психологами, дефектологами, логопедами и специалистами по социальной работе. Такой подход диктуется комплексным характером клинических, психологических и социальных проблем, возникающих у ребенка с нервно-психическими расстройствами и у его окружения: членов семьи, сверстников, а также у группы пациентов, проходящих вместе с ним групповую терапию [1,4,5,6].

В лечебно-реабилитационной деятельности Центра психического здоровья Челябинской областной клинической психоневрологической больницы №1 используются обозначившиеся в последние годы позитивные изменения в организации специализированной помощи детям с нарушениями психического развития. Прежде всего, имеется в виду созданная сеть психолого-медико-педагогических консультаций, школьная психологическая служба, в том числе, функционирующая и в специальных (коррекционных) образовательных учреж-

дениях VIII вида (вспомогательных школах). Наличие указанных организационных структур в системе лечебно-профилактических и образовательных учреждений позволяет решить задачу в отношении повышения качества диагностической, терапевтической и коррекционно-реабилитационной работы. Успешность решения этих вопросов определялась не только материально-кадровым обеспечением, но и профессиональными установками специалистов, тесно взаимодействующих между собой на всех этапах деятельности.

Построение полипрофессионального бригадного сотрудничества в Центре психического здоровья ЧОКСПНБ №1 базируется на выявлении психопатологических особенностей нервно-психических расстройств, включая состояния школьной дезадаптации (ШД) у детей с легкой умственной отсталостью (ЛУО) и понимании возможных механизмов формирования декомпенсационных состояний в структуре общего психического недоразвития, а также на анализе опыта применения различных диагностических, терапевтических и коррекционно-реабилитационных моделей.

Применительно к состояниям легкой умственной отсталости следует подчеркнуть важность и необходимость их клинической квалификации обязательно должна проводиться оценка вклада факторов патобиологического ряда на формирование состояний ЛУО, что является несомненной прерогативой врача-психиатра. Практическая роль клинического диагноза, развернутого на синдромологическом уровне, сводится, по существу, к решению двух основных задач. Первая, – это установление конкретных клинически выраженных дезадаптационных состояний в виде одного из четырех основных преобладающих типов нарушенного поведения: аффективно-кинети́ческого, аномально-личностного, дискогнитивного и аддиктивного. Вторая – обоснованное оказание медицинской помощи, заключающейся в применении определенных медикаментозно-терапевтических схем, что осуществляется в период госпитализации детей с ЛУО в психиатрические отделения ЧОКСПНБ №1 с выработкой коррекционно-реабилитационных мероприятий в соответствии с установленными типами ШД.

В оценке состояний школьной дезадаптации у детей с ЛУО доминирующая роль принадлежит клинико-психопатологическому методу, который основан на тонком, дифференцированном выявлении психопатологических феноменов дезадаптационных реакций, а также основных симптомов общего психического недоразвития, что позволяет соотнести их с признаками органической недостаточности ЦНС и неблагоприятными микросоциальными факторами. Клинико-психопатологический метод позволяет квалифицировать аффективно-кинетиические, аномально-личностные, дискогнитивные, аддиктивные расстройства ШД в структуре ЛУО, формирующиеся на экзогенно-органическом фоне.

В коррекционном плане основная задача применения клинико-психопатологической диагностики обусловливается необходимостью четкого клинического обоснования выбора и проведения медикаментозной терапии аффективных, поведенческих расстройств, астенических и аддиктивных состояний, дезорганизирующих поведение и деятельность детей с легкими формами умственной отсталости. Эффективность комплексной коррекционно-реабилитационной помощи ребенку с ЛУО в соответствии с типом школьной дезадаптации определяется, прежде всего, качеством интеграции деятельности врача, психолога, педагога и социального работника уже на диагностическом этапе, и основой этой интеграции является функциональный диагноз. Значимость функционального диагноза с позиции психопатологической оценки состояний ШД сводится к следующим параметрам:

а) определение реальной патогенетической роли первичных, в первую очередь церебрально-органических, факторов в формировании нарушений интеллектуальной, познавательной и поведенческой сфер личности ребенка с ЛУО;

б) осуществление клинико-психопатологической квалификации и дифференциации дезадаптивных расстройств, характеризующихся преимущественным нарушением в аффективно-кинетиической, личностной, когнитивной сферах умственно отсталого ребенка;

в) установление соотношений ведущей и сопутствующей (осложняющей) симптоматики в контексте нарушений социально-психической адаптации личности ребенка, в частности, соотношение дезадаптирующей роли легкой интеллектуальной недостаточности и расстройств аддиктивного характера.

При состояниях школьной дезадаптации на первый план выступает задача не только медикаментозной, но и психолого-педагогической коррекции, направленной на компенсацию выявляемых дефицитов и искажений развития и требующей участия специалистов соответствующего профиля. Направленность на коррекцию придает целенаправленную значимость диагностической деятельности, осуществляемой каждым специалистом, и создает предпосылки для заинтересованного обмена информацией. Раннее распознавание дезадаптационных состояний у детей с ЛУО позволяет своевременно наметить необходимый воспитательный подход и лечение, благодаря чему уменьшить и даже предотвратить формирование более тяжелых и глубоких форм декомпенсации ШД у детей с легкой умственной отсталостью.

Возможность комплексной оценки состояний ШД у детей с ЛУО обуславливает принципиальное изменение качества диагностики, направленной не только на клиническую квалификацию случая, но и на выработку дифференцированных (индивидуализированных) коррекционно-реабилитационных рекомендаций (индивидуальных коррекционных маршрутов развития) с учетом конкретного клинко-психопатологического типа и варианта школьной дезадаптации у детей с легкой умственной отсталостью.

Литература

1. Вострокнутов Н.В., Харитонов Н.К., Пережогин Л.О., Морозова Н.Б. Профилактика и реабилитация несовершеннолетних с психическими расстройствами и криминальной активностью (пособие для врачей). – М.: ГНЦ соц. и судеб. психиатрии им. В.П. Сербского, 2004. – 83 с.

2. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожанова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М.: ИД Медпрактика, 2004. – 492с.
3. Дмитриева Т.Б. Основные направления социально-психиатрической помощи несовершеннолетним с проблемами развития и поведения // Росс. псих. журнал, 2001. - №4. – С. 4-8.
4. Исаев Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков. Рук-во. – СПб.: Речь, 2007. – 391с.
5. Коробейников И.А. Нарушения развития и социальная адаптация/И.А Коробейников.– М.: «Школа-Пресс» 2002. – 214 с.
6. Рычкова Л.С. Медико-психологические аспекты школьной дезадаптации у детей с интеллектуальными затруднениями: монография / Л.С.Рычкова.- Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2008.-180с.

Е.Р. Теплякова

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ С СЕМЬЕЙ, ИМЕЮЩЕЙ РЕБЕНКА С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА

Управление образования Курчатовского района
Администрации г. Челябинска
г. Челябинск

Нарушение психического развития ребенка выступает существенным фактором формирования родительского отношения к нему. Трудности, которые испытывают родители, имеющие особого ребенка, значительно отличаются от повседневных забот, волнующих обычную семью. Это происходит вследствие колоссальной психологической нагрузки, которую несут члены семьи ребенка с умственной отсталостью.

Известно, что систематическая психологическая поддержка подобным семьями способствует уменьшению эмоционального напряжения у родителей и изменению отношения к ребенку, а также повышению их компетентности в вопросах воспитания (А. Адлер, Т. Гордон, Х. Джинот, Г.А. Мишина, В.В. Ткачева и др.).

Мы предприняли попытку обозначить некоторые направления психокоррекционной работы с семьями, воспитывающими детей с нарушением интеллекта, которые базируются на основополагающих принципах работы с родителями.

Но, прежде чем охарактеризовать эти принципы и раскрыть основные направления работы с семьей особого ребенка, остановимся на особенностях родительского отношения в семьях, имеющих детей с умственной отсталостью.

Ребенок своими биологическими особенностями предъявляет специфические требования к родителям. Трудная задача изменения собственных ожиданий и установок по отношению к больному ребенку с одной стороны, и невозможность изменить биологический и эмоциональный статус ребенка с другой, приводит к отвержению ребенка матерью и ее собственной невротизации [6].

Исследования показывают, что матери детей с умственной отсталостью больше подавлены, больше занимаются с детьми и в то же время испытывают

трудности с самоконтролем негативных эмоций по отношению к детям, нежели матери нормальных детей или детей с эмоциональными расстройствами. Отцы также страдают от эмоциональных проблем, у них низкие самооценка и удовлетворенность собственными детьми [1].

По данным исследования В.В. Ткачевой [8], качественные изменения, имеющие место в семьях с особым ребенком, проявляются на нескольких уровнях: психологическом, социальном, соматическом.

Психологический уровень характеризуется острым, а в дальнейшем хроническим стрессом, который оказывает сильное деформирующее воздействие на психику родителей и является исходным условием резкого изменения сформировавшихся в семье жизненных стереотипов. Надежды, связываемые с рождением ребенка, рушатся в один миг. Обретение же новых жизненных ценностей растягивается порой на длительный период. Это обуславливается многими причинами, психологическими особенностями личности самих родителей (способность принять или не принять больного ребенка), комплексом расстройств, характеризующих ту или иную аномалию развития, воздействием социума при контактах с семьей, воспитывающей аномального ребенка.

Изменения на социальном уровне касаются сужения социальных контактов и профессионального статуса. Семья этой категории становится малообщительной, избирательной в контактах. Она сужает круг своих знакомых и ограничивает общение с родственниками в силу особенностей состояния своего ребенка, а также из-за личностных установок самих родителей. Вследствие тех же причин матери больных детей оставляют работу по избранной специальности, чтобы ухаживать за своим ребенком, или же переходят на низкооплачиваемую, неквалифицированную работу, чаще всего домашнюю.

Переживания, выпавшие на долю матери особого ребенка, часто превышают уровень переносимых нагрузок, что проявляется в различных соматических заболеваниях, астенических и вегетативных расстройствах. Рождение больного ребенка, а затем воспитание и обучение его является длительным па-

тогенно воздействующим психологическим фактором, приводящим к развитию пограничных форм нервно-психической патологии.

Разные подходы к исследованию родительских реакций на рождение ребенка с ограниченными возможностями здоровья отличаются в понимании природы и источника этих реакций [5].

Исследователи, разделяющие психодинамический подход, полагают, что дети с расстройствами вызывают эмоциональный кризис у родителей. Принятие расстройства – это ключевой элемент благополучия, приводящий к эмоциональной адаптации, однако оно является функцией времени. Психодинамический подход обозначает различные стадии родительских реакций, предполагая, что родители принимают детское расстройство шаг за шагом, испытывая чувства вины, гнева и горя.

Функционалистская теория рассматривает поведенческие дисфункции в ролевых моделях семейной жизни и в супружеских отношениях, а благополучие интерпретируется как связующий баланс в семье.

Сторонники психосоциальной теории считают, что благополучие семьи зависит от попыток родителей справиться с создавшейся ситуацией. Совладание описывается как постоянное изменение когнитивных и поведенческих реакций. Если родители в состоянии справиться с требованиями, предъявляемыми рождением аномального ребенка, тогда они чувствуют себя хорошо.

Многие исследователи (R.M. Hodapp, M. Leydorf, S. Olslansky, O.K. Ага-велян, P.Ф. Майрамян) считают, что переживания и реакции родителей, связанные с рождением ребенка с нарушением интеллекта имеют стадийный характер. Авторы называют их родительским стрессом. Обобщив данные многочисленных исследований, можно выделить стадии: эмоциональной дезорганизации (1), отрицания (2), горевания (3), эмоциональной реорганизации (4).

Большинство авторов согласны, что содержанием первой стадии – эмоциональной дезорганизации являются следующие состояния и реакции родителей: шок, растерянность, беспомощность, страх [5]. Родители испытывают ослабевающее чувство собственной неполноценности и задаются вопросам:

«Почему это случилось именно со мной?» Этот период сложен тем, что родители оказываются просто не в состоянии адекватно понять и переработать полученную информацию. Рассматривая себя как ответственных за произошедшее, они испытывают неослабевающее чувство вины, полагают, что сами сделали что-то, обострившее положение. Чувство вины, зачастую перерастает во всепоглощающие страдания и переживания по поводу поступков и ошибок, приведших, как они считают, к заболеванию ребенка. Они пытаются переложить ответственность за состояние ребенка на других.

Функция отрицания направлена на то, чтобы сохранить определенный уровень надежды или чувства стабильности семьи перед лицом факта, грозящего их разрушить. Таким образом, отрицание может быть своеобразным способом защитного устранения эмоциональной подавленности, тревоги. Крайней фазой негативизма становится отказ от обследования ребенка и проведения каких-либо корректирующих мероприятий. Некоторые родители, выражая недоверие к консультантам, какими бы квалифицированными они не были, многократно обращаются в разные научные и лечебные центры с целью отменить, устранить неверный диагноз. Другие родители могут признать диагноз, но при этом становятся неоправданными оптимистами в отношении прогноза развития и возможностей излечения. У них появляется убеждение, что лечение может сделать их ребенка нормальным, и они пытаются овладеть безвыходной ситуацией с помощью всех имеющихся средств.

Во время второй стадии отрицание может принимать различные формы. Многие родители становятся слишком озабоченными, развивая сильную зависимость от ребенка, или могут вести себя как специалисты. Чувство вины может также вызвать преувеличенную родительскую заботу.

Отрицание болезни родителями является защитной реакцией. Наиболее типичная реакция на поставленный врачом диагноз об умственной неполноценности их ребенка – это просто неверие в существование болезни. Члены семьи могут сомневаться в компетентности врача, поэтому они ищут возможность получить консультации других специалистов в этой области. В основе

такого поведения лежит отчаянная надежда на то, что первоначальный диагноз ошибочен. Родители могут отрицать наличие отставания в развитии и верить, что лечение или какой-то тип терапии решит проблему. На этой стадии развивается так называемое «шопинг-поведение».

«Шопинг-поведение» традиционно рассматривается, как стремление родителей подавить чувство вины, перерастающее в гиперопеку ребенка [2; 5]. Родители перекладывают вину на условия, в которых находится ребенок или на специалистов, не сумевших, по их мнению, помочь ребенку. Переводя ребенка от одного консультанта к другому, родитель стремится убедить себя, что специалисты не компетентны и ответственны за его состояние. «Шопинг-поведение» можно рассматривать и с положительной стороны, как попытку найти позитивную помощь от специалистов.

Описанные стадии – негативизм и отрицание, как правило, явление временное, и, по мере того как родители начинают принимать диагноз и частично понимать его смысл, они погружаются в глубокую печаль. Это депрессивное состояние, связанное с осознанием истины, характеризует третью стадию родительского стресса – горевание. Чувство гнева или горечи может породить стремление к изоляции, но, в то же время, найти выход в форме «эффективного горевания», перед необходимостью заботы о ребенке, специального непрерывного ухода за ним у родителей могут возникать амбивалентные чувства в отношении форм выражения печали. Синдром, получивший название «хроническая печаль», является результатом постоянной зависимости родителей от потребностей ребенка, их хронической фрустрации вследствие относительного отсутствия положительных изменений у ребенка, «несоциализируемости» его психического и физического дефекта, неутихающей боли, от того «что ты дал жизнь неполноценному человеку» [5, с. 37].

Четвертая стадия адаптации характеризуется эмоциональной реорганизацией, приспособлением, принятием больного ребенка. Переориентация энергии позволяет родителям переключить внимание с них самих на реальные проблемы, связанные с воспитанием больного ребенка. Родители в этот период ищут

программы и службы, которые могли бы быть полезны для их детей. Они также часто помогают другим детям с дефектами в развитии.

На стадии эмоциональной реорганизации родители начинают ценить и любить своего ребенка, развивают реалистичный взгляд на дефект их ребенка, его роль в семье и приходят к тому, что принимают этот груз и длительные последствия. Некоторым из родителей нужны годы, чтобы прийти к этому, другие не достигают этого никогда. Этот процесс может быть очень болезненным.

Представления об особенностях родительских реакций на рождение ребенка с нарушением интеллекта дает возможность планировать основные направления и содержание психокоррекционной работы с семьей особого ребенка. По мнению И.И. Мамайчук [3], психологическая поддержка родителей заключается в мерах, направленных на снижение эмоционального дискомфорта, вызванного заболеванием ребенка, укрепление уверенности родителей в возможностях ребенка, формирование у родителей адекватного отношения к болезни ребенка и установление адекватных родительско-детских отношений и стилей воспитания ребенка. Основной целью в психокоррекционной работе с родителями является формирование у родителей позитивного взгляда на ребенка, имеющего нарушения развития, что оказывает положительное воздействие на формирование адекватных родительско-детских контактов. Постоянная работа специалистов с умственно отсталым ребенком и его семьей является залогом успешного развития и положительной динамики у такого ребенка.

Основополагающими принципами коррекционной работы с родителями являются следующие.

1. Принцип гуманистической направленности психологической помощи. Этот принцип основан на признании самоценности личности ребенка с отклонением в развитии и создании условий для его гармоничного развития и уважении родительских чувств.

2. Принцип интегративного использования психолого-педагогических и психотерапевтических методов и приемов. Комплексный системный подход в применении разнообразных средств, методов и приемов психокоррекционного

воздействия позволяет учитывать особенности различных нарушений развития и успешно осуществлять их коррекцию.

3. Принцип гармонизации внутрисемейной атмосферы. Этот принцип ориентирует психокоррекционную работу на разрешение личностных и межличностных конфликтов между членами семьи.

4. Принцип оказания личностно-ориентированной помощи. С использованием этого принципа осуществляется психологическая коррекция личностных девиаций членов семьи.

5. Принцип формирования положительного отношения к ребенку с отклонением в развитии. Этот принцип предполагает формирование положительных ценностных ориентаций и установок родителей ребенка, принятие его нарушений членами семьи и лицам социального окружения.

6. Принцип оптимизации воспитательных приемов, используемых родителями во взаимоотношениях с ребенком с отклонением в развитии. С помощью реализации этого принципа повышается педагогическая грамотность, психологическая компетентность и общая культура родителей. Повышение культурного уровня родителей – фактор, обеспечивающий укрепление адаптационных механизмов семьи.

7. Принцип единства воспитательного воздействия семьи, образовательных учреждений и специалистов психолого-педагогических служб. Успех коррекционной работы с ребенком возможен только при взаимодействии между семьей и специалистами службы психологической помощи семье.

С учетом выявленных особенностей родительского отношения в семьях, имеющих детей с умственной отсталостью (проявление несформированности воспитательной позиции, недостаточность предъявляемых требований, отношение к проблемам ребенка через призму недовольства самим собой, складывающимся обстоятельствами с соответствующим уровнем когнитивного отвержения), опишем в качестве рекомендуемых для работы психолога некоторые направления, известные на сегодняшний день в сфере коррекции семейных

взаимоотношений. В целом, психокоррекционная работа с семьей ребенка проводится в следующих направлениях:

- коррекция неадекватных методов семейного воспитания ребенка с целью преодоления микросоциальной запущенности;
- формирование продуктивных методов взаимоотношений ребенка с семьей;
- формирование адекватных родительских установок на заболевание и социально-психологические проблемы ребенка путем активного привлечения родителей в психокоррекционный процесс.

Коротко охарактеризуем предлагаемые в психологии методы коррекции родительско-детских взаимоотношений, направленные на исправление неадекватных методов семейного воспитания ребенка. Это психолого-педагогическая коррекция и психологическая коррекция, в рамках которых усилия прикладываются в целом к созданию условий для гармоничного развития ребенка и к формированию новых поведенческих реакций и установок родителей в отношении к больному ребенку соответственно. А.С. Спиваковская, известный разработчик коррекционных программ, также отмечает, что основным содержанием групповых занятий с родителями является обсуждение и психодраматическое разыгрывание типичных ситуаций внутрисемейного общения, супружеских взаимоотношений и особенности взаимодействия с ребенком, направленные на изменения в сфере родительских представлений, установок, ожиданий и собственных ощущений [7]. В том числе и другие известные программы коррекции родительско-детских отношений предлагают в качестве основной формы работы так называемые родительские семинары, имеющие своей целью изменение сферы сознания и самосознания родителей, реальных форм взаимодействия в семье. Мы видим этот вид занятий отвечающим запросу о формировании конструктивного родительского отношения в семьях детей с умственной отсталостью. Родительские семинары представляют собой групповые встречи родителей в виде малых групп (6-10 человек), где основная часть занятий приходится на обсуждение историй

родителей, их мнений и чувств, вызванных особым положением ребенка. На занятиях предполагается разминочная и основная части, аутотренинг, музыкальная релаксация и подведение итогов. Подобное организационное направление служит изменениям в родительском сознании относительно проблем своего ребенка и качества конкретных родительско-детских отношений.

Известно следующее направление коррекции родительско-детских отношений, представленное в программах коррекции И.Ю. Левченко, В.В. Ткачевой, И.М. Марковской [4; 8]: обращение к личности родителей детей с ограниченными возможностями здоровья, их чувствам, ожиданиям, мыслям, личностным детерминантам. Однако, также внимание обращается и на неконструктивные способы взаимодействия с больным ребенком. Форма работы – занятия в паре родитель-ребенок с применением следующих методик: холдингтерапия, арт-терапия, сказко-, библио- и музыкотерапия, вокалотерапия, хореотерапия, эстетотерапия, трудотерапия, терапия любовью. Программа И.М. Марковской предусматривает работу в родительских группах [4]. В работе психолога с матерью выделяются четыре этапа:

- привлечение матери к коррекционно-образовательному процессу, в который вовлечен ребенок; психолог убеждает мать ребенка в том, что именно в ней нуждается ее ребенок, что именно она может оказать ему самую необходимую помощь;

- формирование у матери интереса к процессу развития ребенка, демонстрация ей возможностей существования «маленьких», но очень важных для ее ребенка достижений; родительница обучается отрабатывать дома с ребенком те задания, которые дает психолог;

- развитие у матери чувства успешности и психолого-педагогической компетентности в работе с ребенком;

- раскрытие перед матерью возможности личностной самоактуализации, поиска творческих подходов к обучению ее ребенка, ее участия в изучении его возможностей и реализации творческих замыслов в работе с ним.

Итак, мы представили лишь некоторые направления работы с семьей ребенка с нарушением интеллекта. Очевидно, что при организации коррекционных мероприятий с семьей умственно отсталого ребенка необходимо ориентироваться, прежде всего, на специфику отклонения ребенка и в организации психокоррекционной работы учитывать возможности семьи, самого ребенка, родителей.

Литература

1. Белопольская, Н.Л. Некоторые вопросы психолого-педагогического консультирования семей, имеющих детей с отклонениями в интеллектуальном развитии [Текст] / Н.Л. Белопольская // Дефектология. – 1984. – № 5. – С. 23-26.
2. Волковская Т.Н. Возможные способы организации и содержание работы с родителями в условиях коррекционного дошкольного учреждения [Текст] / Т.Н. Волковская // Дефектология. – 1999. – № 4. – С. 66-69.
3. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии [Текст] / И.И. Мамайчук. – СПб.: Речь, 2003. – 230 с.
4. Марковская И. М. Тренинг взаимодействия родителей с детьми [Текст] / И.М.Марковская. – СПб.: Речь, 2005. – 150 с.
5. Московкина А. Г. Изучение стереотипов отношения к умственно отсталому ребенку учителей и родителей [Текст] / А. Г. Московкина, Е. В. Пахомова, А. В. Абрамова // Дефектология. – 2000. № 3. –С. 38-41.
6. Савина Е. А., Чарова О. Б. Особенности материнских установок по отношению к детям с нарушениями в развитии [Текст] / Е. А. Савина, О. Б. Чарова // Вопросы психологии. – 2002. – № 6. –С. 15-22.
7. Спиваковская А.С. Психотерапия: игра, детство, семья. [Текст] А.С. Спиваковская. – М.: Апрель-Пресс, ЭКСМО-Пресс, 1999. – 304 с.
8. Ткачева В.В. работа психолога с матерями, воспитывающими детей с тяжелыми двигательными нарушениями [Текст] / В.В. Ткачева // Дефектология. – 2005. – № 1. – С. 25-34.

И.А. Чиркова
**ОСОБЕННОСТИ НАВЫКОВ НЕВЕРБАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ
МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ И ИХ
ПСИХОКОРРЕКЦИЯ**

Южно-Уральский государственный университет
г. Челябинск

Известно, что в межличностном общении невербальная коммуникация передает 65% всей информации. Это объясняется тем, что для успешной коммуникации важна информация не только репрезентативного, но и оценочного характера, позволяющая определить отношение говорящего к самой информации и/или адресату. Одной из важнейших особенностей невербальной коммуникации является то, что она осуществляется с участием разных сенсорных систем: слуха, зрения, кожно-тактильного чувства, хемо- и терморцепции. В невербальном поведении выделяется экспрессивная и перцептивная стороны. Понятие перцепции характеризует процесс восприятия и познания друг друга партнерами по общению. Адекватное восприятие партнера позволяет более гибко реагировать на изменения ситуации общения, понять его истинные цели и намерения, предсказать возможные последствия передаваемой информации.

Изучение современной психолого-педагогической литературы доказывает взаимосвязь между движениями, жестом, мимикой и состоянием психики, мыслями и чувствами человека. В научное обоснование взаимодействия психики и мышечной деятельности внесли работы И. М. Сеченова, И. П. Павлова, В. М. Бехтерева. Эмоциональная разрядка помогает взаимодействию с другими детьми и взрослыми, поиску общения, вербальной работе над своими реакциями. Через искусство самовыражения в движении формируется ловкость, умение найти наиболее эффективный способ движения.

Особая роль среди элементов невербального поведения отводится мимике. В ходе ее восприятия наблюдатель «заглядывает» во внутренний мир другого, соотнося с ним собственные знания, переживания и формы активности. Жесты рассматриваются как внешние проявления внутреннего состояния человека, они несут информацию не только о психологическом состоянии, но и об

интенсивности переживания, они сопровождают речь или заменяют ее, при этом жесты говорят об отношении человека к какому-то лицу, событию, предмету.

С возрастом происходит расширение и усложнение знаний об эмоциях. Эмоциональная сфера младших школьников характеризуется легкой отзывчивостью на происходящие события; окрашенностью умственной и физической деятельности эмоциями; непосредственностью и откровенностью выражения своих переживаний; готовностью к аффекту страха; большой эмоциональной неустойчивостью; свои и чужие эмоции и чувства слабо осознаются и понимаются; мимика других воспринимается часто неверно, что приводит к неадекватным ответным реакциям.

Нарушения зрения, невозможность дистантного восприятия мимических и пантомимических проявлений собеседника приводит к неадекватному восприятию реальных характеристик и состояний субъекта, вызывает трудности формирования речевой функции. Долгие годы тифлопсихологи уделяли основное внимание обучению детей с нарушениями зрения вербальным средствам общения. Закономерно, что эти дети во многих сферах неречевого общения существенно ограничены: это проявляется по-разному и зависит от степени и характера нарушенного зрения, возможности дистантного восприятия мимики и пантомимики. Сегодня известно, что в ходе специального обучения дети с нарушениями зрения усваивают общепринятые мимические и пантомимические движения, начинают использовать их в своей деятельности, правильно понимать эмоциональные состояния других и переносить полученный опыт на восприятие иллюстративного материала [2].

Гипотеза исследования. Разработанная психолого-педагогическая коррекционная программа будет способствовать развитию навыков невербального общения младших школьников с нарушением зрения.

Методы. Констатирующий и формирующий эксперименты, комплекс диагностических методик: диагностика типов восприятия детьми эмоциональных состояний человека; проективный тест «Рука», адаптированный на детях до 11 лет Н. Я. Семаго; рисованный апперцептивный тест РАТ; методика экспертной

оценки невербальной коммуникации (А.М.Кузнецовой); комплекс психокоррекционных упражнений; статистические методы [1].

Учитывая особенности изучаемого контингента детей, методики определённым образом адаптированы: рисунки и фотографии увеличены, контрастны; инструкции дополнены объяснениями; увеличено время предъявления заданий. Время обследования – 15-20 минут на каждого, в день – 1-2 методики. Перед выполнением заданий проводилась психологическая подготовка детей – устанавливался положительный эмоциональный контакт, создавалась определенная мотивация.

Исследование проводилось на базе МСКОУ средней коррекционной школы № 127 г. Челябинска. В исследовании принимало участие 15 младших школьников (8 мальчиков и 7 девочек) с различной патологией органа зрения (разные степени миопии и гиперметропии, разные виды астигматизма и косоглазия, сочетающиеся с нистагмом, амблиопией, частичной атрофией зрительного нерва, макулодистрофией, артификацией и альбинизмом), у двух детей глазная патология сочеталась с задержкой психического и речевого развития (2 мальчика).

На первом этапе работы были отобраны диагностические методики, направленные на изучение навыков невербального общения младших школьников с нарушениями зрения, что позволило выявить исходный уровень этих навыков.

Анализ полученных результатов исследования на первом этапе:

1. По методике «Диагностика типов восприятия детьми эмоциональных состояний» наиболее представленным являлся диффузно-локальный тип восприятия – 40%; наименее – синтетический тип восприятия – 13,3%. Аналитический и аналитико-синтетический типы восприятия были представлены как 20% и 26,7% соответственно.

2. По методике экспертной оценки невербальной коммуникации А.М.Кузнецовой в 100 % случаев дети имели достаточно широкий репертуар невербального общения: все демонстрировали уровень «выше среднего». При этом у большинства детей (86,7%) отмечался уровень «ниже среднего» чувст-

вительности к невербальному поведению другого человека и средняя выраженность способностей к управлению собственным невербальным поведением. Уровень «Ниже среднего» не представлен, уровень «Выше среднего» представлен в 13% случаев. Т.о, при достаточно высоком уровне использования собственных выразительных средств имеются трудности в восприятии поведения другого человека.

3. По методике «РАТ» испытуемые достаточно уверенно дифференцировали позиции участников конфликта, отождествляли ситуацию с конфликтной (53 %), наиболее типичной являлась агрессивная реакция на несправедливость. Наиболее представленная реакция на конфликтную ситуацию – импунитивная (46,7%). Подавляющее большинство детей (80%) демонстрировали признаки эмоциональной нестабильности, большинство были склонны испытывать чувство одиночества (60 %), идентифицировали себя с отвергаемым объектом.

4. По методике «Тест Руки», у испытуемых также наблюдалась более выраженная склонность к проявлениям агрессии (53,3%), в противовес ее ожиданию. У большинства детей (60%) наблюдалось снижение психической активности, что объясняется бедностью сенсорной стимуляции и снижением общей активности ребенка. Большинство (53,3%) демонстрируют склонность к дезадаптации.

На втором (формирующем) этапе исследования была составлена и реализована психолого-педагогическая коррекционная программа по развитию навыков невербального общения младших школьников с нарушениями зрения. Занятия проводились в групповой форме (максимум 5 человек), 2 раза в неделю, по 30-35 минут. Чаще всего использовались парные упражнения. Каждое занятие состояло из ряда коротких и разнообразных этюдов и игр. В программе использовался концентрический метод – от простого к сложному. В идеале программа рассчитана на весь учебный год.

Работа опиралась на систему основополагающих дидактических принципов и на особенности навыков невербального общения, полученных в ходе первого этапа исследования. За основу психокоррекционной программы были взя-

ты следующие научные обоснования: авторская программа Андреевой Л. Ф., Котовой И. И., Генкиной С. Г., утвержденная научно-методическим советом по специальной педагогике (г. Санкт-Петербург); оригинальная методика развития и комплексной коррекции различных сторон психики детей дошкольного и младшего школьного возраста Чистяковой М. И. («Психогимнастика»); актерский тренинг театрального режиссера и педагога Гиппиуса С. В. «Гимнастика чувств», в основе которого лежит система Станиславского [1,2].

Задачами психокоррекционной программы являлись: развитие способности различать выразительные движения у других и кодировать собственные эмоциональные состояния и чувства с помощью выразительных движений; активизация экспрессивной и импрессивной сторон эмоциональной сферы; развитие и обогащение словаря невербального общения; объективизация эмоциональных переживаний адекватными выразительными средствами; разработка рекомендаций для родителей по эмоциональному развитию детей.

В структуру занятий вошли мимические и пантомимические этюды; этюды и игры на выражение отдельных черт характера и эмоций; психомышечная тренировка; упражнения на внимание, память и мышление; преодоление негативных личностных проявлений; использование изобразительной деятельности.

Пример упражнения.

Начало занятия (3 минуты) – рассказать детям о разных способах приветствия, предложить придумать какой-то свой способ здороваться друг с другом. Это объединяет детей, помогает настроиться на рабочий лад.

Основное занятие (25 минут):

1. (3 минуты) Детям раздаются цветные карточки, и предлагается подумать, какого цвета у каждого сегодня настроение, дети выбирают соответствующий цвет. Желательно обсудить, почему ребенок выбрал именно такой цвет, это помогает выявить возможные проблемы, развивает словарный запас, помогает ребенку выразить свои чувства. Карточки остаются лежать на партах.

2. Разминка лица (3 минуты) – детям предлагается сделать необычную зарядку для лица, если сразу сложно делать упражнение для всех частей лица,

можно начать с какой-то части (например, только для бровей). При этом обсуждается ситуации, в которых может быть такое выражение лица (например, можно удивиться, испугаться, думать и т.д.)

3. Упражнение «гладим животное» (7-10 минут) – упражнение помогает развивать движение рук; дети садятся в круг, каждому «раздают» воображаемое животное – хомяка, кошку, цыпленка и т. д. Детям сначала предлагается хорошо его вообразить и погладить, положить на колени, поднять, Если упражнение хорошо получается, можно попробовать «передать» животное другу. Постепенно упражнение можно усложнить, «раздать» не мелких или домашних животных, а например слона, дракона и т.д., или попросить ребенка рассказать о своем животном (например, какое оно, когда злиться, кусается, ласкается и т. д.), или придумать, почему ребенок отдает его другу (например, оно спит или заболело). Все рассказы должны сопровождаться соответствующими движениями («по-настоящему»).

4. Упражнение «огонь и лед» (5-7 минут) – дети встают в круг и по команде «огонь» начинают двигаться так, как ему нравится – быстро или медленно, плавно или резко, но на одном месте. Тело при этом должно быть расслаблено. По команде «лед» все застывают в той позе, в которой их застигла команда. Мышцы при этом должны быть максимально напряжены. Чтобы внести в упражнение элемент соревнования, можно определять самую необычную, красивую или «ледяную» фигуру.

Завершение занятия (3 минуты) – детям предлагается придумать какой-то один ритуал прощания, который потом будет повторяться на всех занятиях (или его можно будет поменять, если детям станет скучно и не интересно). Это придает занятиям законченность, объединяет детей.

Анализ полученных результатов исследования на втором этапе:

По итогам коррекционной работы было проведено ретестирование. Обработка данных производилась при помощи Т-критерия Вилкоксона и углового преобразования Фишера. Была достигнута положительная динамика по показателям, отражающим эффективность невербальной коммуникации: отмечался

более широкий репертуар невербального общения ($p < 0,05$); более высокая чувствительность к невербальному поведению другого человека ($p < 0,01$); более высокий уровень развития перцептивно-коммуникативных возможностей ($p < 0,01$); большее развитие способности к управлению своим невербальным репертуаром ($p < 0,01$); большая склонность к нейтральным реакциям в ответ на фрустрирующие факторы в противовес наблюдавшейся ранее агрессии ($p < 0,05$).

Таким образом, дети с нарушениями зрения в ходе специального обучения способны усваивать общепринятую мимику и пантомимику, правильно понимать эмоциональные состояния других, адекватно реагировать на создавшуюся ситуацию, а значит лучше воспринимать партнера по общению, в том числе и невербальному. Анализ результатов констатирующего эксперимента показал необходимость составления и реализации психолого-педагогической коррекционной программы по развитию навыков невербального общения младших школьников с нарушениями зрения.

Литература

1. Гиппиус С. В. Актерский тренинг. Гимнастика чувств [Текст] / С. В. Гиппиус. – СПб.: Прайм-Еврознак, 2008. – 377 с.
2. Феоктистова В. А. Развитие навыков общения у слабовидящих детей [Текст] / В. А. Феоктистова. – Под ред. Шипицыной Л. М., СПб.: Речь, 2005. – 137 с.

РАЗДЕЛ III.
КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ: ПСИХОТЕРАПИЯ,
ПСИХОКОРРЕКЦИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ
КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

Е.А. Абросимова

ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ
КОНСУЛЬТИРОВАНИИ

Челябинский государственный университет
г. Челябинск

Школа экзистенциальной психологии и психотерапии – уникальное явление среди всех остальных психологических школ и направлений. Экзистенциальная психология не имеет единого основателя, у нее нет собственной теории личности, и она зародилась одновременно в разных европейских странах после второй мировой войны. Тем не менее, психологов и психотерапевтов, которые называют себя «экзистенциальными», многое объединяет. Р. Кочюнас [2], директор института экзистенциальной и гуманистической психологии (Литва), считает, что экзистенциальных психологов объединяют следующие моменты:

1) В экзистенциальной психологии разграничиваются данности нашей жизни от наших уникальных, индивидуальных ответов на эти данности. Экзистенциальная психология разделяет то, что нам всем дано в жизни (например, все мы родились в определенной семье, все мы вынуждены разделять свое существование с другими людьми, все мы существуем во времени, время нашей жизни ограничено границами нашего рождения и нашей смерти и т.д.) от того, как мы переживаем эти данности нашего существования. То есть экзистенциальная психология занимается не онтологическими, а онтическими характеристиками, индивидуальным существованием.

2) Экзистенциальная психология понимает человека как «бытие-в-мире». Человеческое существование есть со-бытие, то есть бытие с другими людьми, с

миром. Человек может быть понят лишь в контексте своих отношений с другими людьми; будучи частью этого контекста, человек является также со-творцом этого контекста. Экзистенциальный взгляд на человека – интерсубъективный, а не индивидуалистический. Экзистенциальная психология рассматривает человека с точки зрения его взаимосвязанности с миром. Неопределенность, тревога, сомнения, переживаемые человеком, – все это аспекты этой взаимосвязанности [2, с.42-59].

3) Экзистенциальное консультирование – это феноменологическое исследование жизненного пространства человека в контексте бытия с другими людьми. Цель экзистенциальной терапии – не изменить клиента, а увидеть, что есть в его жизни такого, что он хочет или не хочет изменить. Экзистенциальная психология отказывается давать окончательные ответы на вопросы, она стремится продвинуться в сторону наибольшего понимания клиента и его жизненного мира. В этом феноменологическом исследовании жизни клиента очень большую роль играет консультативный контакт, понимаемый как определенный способ «быть» с клиентом: быть взаимосвязанным с ним, быть открытым ко всему новому, что человек привносит в консультирование, быть открытым к чувствам. Здесь также важна установка консультанта на понимание, а не на объяснение: попытаться понять, что то или иное событие значит для клиента – это и есть феноменологический подход.

4) Экзистенциальная психология принимает жизненные трудности и проблемы как часть нормального человеческого существования. Также и болезни, патологические симптомы – это часть жизни клиента и намного важнее диагнозов для экзистенциальной психологии становится понимание того, что значат эти болезни в жизни конкретного человека, какие индивидуальные, субъективные смыслы есть у них. То есть клиент воспринимается здесь как человек, у которого есть болезнь, а не как больной человек. Таким образом, экзистенциальная психология предоставляет человеку возможность что-то делать с этим симптомом, а не снимает с человека ответственность, объявляя его «больным» [2, с.42-59].

Если мы пойдем еще дальше и укрупним эти черты экзистенциальной психологии в одну единственную особенность, то мы увидим, что можно гово-

речь о такой характеристике как «взаимосвязанность», и она будет достаточно полно отражать то общее, что есть у всех экзистенциальных авторов. Человек с точки зрения взаимосвязанности может быть понят только в единстве с миром и другими людьми. Свобода, сопровождающая ее тревога, выборы, которые делает человек, «плата» за эти выборы, вина, ответственность, смыслы – все то, что составляет ракурс экзистенциальной психологии – могут быть поняты именно с точки зрения этой взаимосвязанности. Рассмотрим подробнее данные особенности экзистенциальной психологии применительно к психотерапии жизненного пути человека.

Об экзистенциальной психологии у нас в России до сих пор известно мало. В основном сведения ограничиваются представлениями об экзистенциальных философах – М. Хайдеггере, К. Ясперсе, Ж. П. Сартре, А. Камю, С. Кьеркегоре и др. Действительно, одним из своих истоков экзистенциальная психология называет именно философию; экзистенциальная психотерапия – это прежде всего философское исследование жизни человека. Экзистенциальная психология не имеет одного автора – это направление, возникшее в разных местах, прежде всего, в Европе. Экзистенциальная психология не претендует на роль оппозиции другим школам; ее главная цель – анализ целостной структуры человеческой жизни, человеческой экзистенции, это оппозиция желанию рассматривать клиента через призму готовых схем. Экзистенциализм вообще – это целое культурное движение, представителей которого объединяет тематика – такие понятия как бытие, свобода, выбор, ответственность, смерть, одиночество, абсурд. Ван Гог, Ф. Достоевский, Л. Толстой, Ф. Кафка, Бодлер – это представители экзистенциализма в искусстве. Экзистенциализм сосредоточивается на существовании личности; это акцент на человеческом бытии в том виде, в котором оно появляется, становится. Слово «существование» произошло от корня «ex-sistere», означавшего «выделяться, появляться». Традиционно и в западной, и в отечественной психологии «существование» противопоставляется «сущности». Последняя («сущностная» психология) подчеркивает принципы, логические законы, истину. В психологии попытки рассматривать человеческое бытие в терминах условных рефлексов, сил, побуждений иллюстрирует сущностный

подход. Экзистенциальная психология рассматривает человека как существо постоянно становящееся, появляющееся, выбирающее, меняющееся, возникающее каждый раз заново. Сущностные характеристики указывают на суть вещей, на истину. Например, традиционная психология говорит: «все люди смертны» и это сущностная истина. Но она ничего не говорит о том, что мы должны пережить собственную смерть, собственную невечность – а это уже экзистенциальная истина [5].

Позиция большинства экзистенциальных психологов – не отвержение «сущностных» исследований, истин. Они лишь только говорят, что на одних только «сущностных» исследованиях невозможно понять бытие другого человека. Истина или реальность открываются человеку только через его непосредственное участие. Только прожитая, пережитая истина имеет возможность изменить человеческое бытие.

Экзистенциальная психология – это отдельная психологическая школа. Несколько лет назад на Всемирном конгрессе психотерапевтов в Вене многие выступающие говорили, что экзистенциальную психотерапию можно рассматривать как психотерапию двадцать первого века. И это действительно так, потому что общество сейчас переживает глобальный кризис ценностей, а экзистенциальная психология обращает внимание прежде всего на духовное измерение в человеке, на его духовные ценности и ресурсы [2].

На наш взгляд, экзистенциальная психология имеет крепкие философские основы (т.е. свое мировоззрение), а также свое понимание человека и свои технологии. Правда, насчет последних существуют разные точки зрения. Экзистенциальная психология развивалась в двух направлениях – собственно экзистенциальном и феноменологическом. В экзистенциальном направлении можно назвать такие имена, как Л.Бинсвангер, М.Босс, Р.Лэнг, Р.Мэй, И.Ялом; в феноменологическом – Э.Страус, Р.Кун, Э.Гуссерль. Феноменологическое направление предполагает описание внутренних переживаний человека и, естественно, имеет свою методологию подобного описания. В экзистенциальном направлении каждый ученый создавал свой метод работы – например, экзистенциальный анализ Людвиг Бинсвангера или Dasein-анализ Медарда Босса. По-

этому неправомерно было бы говорить о том, что экзистенциальная психотерапия не имеет своих собственных методов. Единственное, что этих методов достаточно много – практически каждый психотерапевт, работающий в экзистенциальном направлении, имеет свой метод работы. Говоря о методах работы в экзистенциальной терапии, нельзя не упомянуть о логотерапии австрийского психотерапевта Виктора Франкла. В ней в качестве краеугольного камня в жизни человека рассматривается стремление к смыслу. Сама логотерапия является системой способов помощи человеку в преодолении экзистенциальной пустоты, при потере смысла существования. В. Франкл один из самых «технологичных» экзистенциальных психотерапевтов. Логотерапия предлагает такие техники как «парадоксальная интенция» - просьба к клиенту временно парадоксально «желать» свой симптом; а также метод «деревфлексии» - игнорирование симптома, предназначенное для того, чтобы нейтрализовать антиципированную тревогу, нейтрализовать компульсивную склонность к самонаблюдению [4].

Итак, существуют значительные отличия в экзистенциальной школе консультирования (раз уж мы признаем экзистенциальную психологию как отдельную школу) от остальных психологических школ и подходов. Это отличие заключается прежде всего в целостном подходе к человеку как к «бытию-в-мире». Это целостный взгляд на его жизнь, как существование бесконечно «становящееся», «возникающее», выбирающее себя в каждый момент своей жизни. Это суть всего экзистенциализма: человек здесь не набор личностных и психологических качеств, а целостное существо. Вопросы выборов, смыслов, вины, конечности, ответственности, принятия решений – это тематика, объединяющая экзистенциальных психологов. Ролло Мэй (представитель американской школы экзистенциализма) считает, что основной акцент экзистенциальные психологи делают на волю и решение:

«Основная декламация экзистенциалистов такова: независимо от того, насколько могущественные силы влияют на человеческое существование, человек способен узнать, что его жизнь детерминирована, и тем самым изменить свое отношение к собственной судьбе. Важно не упустить, что сила человека в способности занять определенную позицию, принять конкретное решение, не-

важно, каким бы незначительным оно не было. Поэтому они придерживаются мнения, что человеческое существование состоит в конечном счете из свободы. Хайдеггер идет еще дальше и определяет истину как свободу. Тиллих красиво говорит: «человек по-настоящему становится человеком только в момент принятия решения»» [3, с.34].

Итак, экзистенциальную школу психологического консультирования и психотерапии отличает прежде всего понимание человека и его жизненного пути как целостного бытия, непрерывного процесса жизни. В экзистенциальной психологии «понять» человека – значит исследовать его жизнь. Контекст экзистенциальной психологии – это контекст жизни человека. Причем экзистенциальная психология не занимается интерпретацией истории жизни человека, а стремится к пониманию его жизни. Она не ищет причины проблем человека, но помогает пережить эти проблемы как реальность своего жизненного пути, перестрадать их [2].

Консультативный контакт понимается в этом смысле как «сосуществование», «со-жизнь», бытие-вместе с другим человеком. Человек в экзистенциальной психологии понимается как существо, живущее одновременно в четырех измерениях, между которыми нет иерархии: физическом, социальном, психологическом и духовном. В каждом из этих измерений человек «встречается» с миром; понять, как живет человек в этих четырех измерениях – задача экзистенциального психолога. На наш взгляд проблемы человека не существуют лишь в одном измерении – они проявляются во всех измерениях сразу. Проявляясь больше на каком либо одном уровне (измерении), проблема отражается и на всех остальных. Например, нарушения межличностных отношений между супругами (психологическое измерение) ведет и к расстройству сексуальной сферы (физическое измерение).

Еще одной фундаментальной особенностью экзистенциальной психологии является ее стремление к пониманию человека и его жизни через призму его внутренних онтологических характеристик или универсальных экзистенциальных факторов («экзистенциалов»). Ирвин Ялом, американский психотерапевт, выделяет четыре таких фактора: [5]

1) Смерть – противостояние между сознанием неизбежности смерти и желанием продолжать жить – Ялом считает центральным экзистенциальным конфликтом;

2) Свобода – здесь конфликт происходит между желанием опоры, незыблемой позиции в жизни и отсутствием какой-либо определенности: в жизни на самом деле нет твердой основы, мы сами творим свой мир и нас мучает чувство неопределенности;

3) Экзистенциальная изоляция – желание человека быть с людьми сталкивается с базисным одиночеством человека: мы одиноко приходим в этот мир и одиноко уходим из него;

4) Бессмысленность – желание найти индивидуальный смысл в жизни сталкивается с космической бессмысленностью мира: человек пытается найти смысл в бессмысленном мире.

В школе литовской экзистенциальной психотерапии выделяется семь универсальных экзистенциальных факторов: 1) чувство бытия; 2) свобода и ее ограниченность; 3) конечность человека или смерть; 4) экзистенциальная тревога; 5) экзистенциальная вина; 6) время как характеристика человеческой жизни; 7) смысл и бессмысленность. В процессе индивидуального консультирования рассматриваются установки клиента по отношению к этим универсальным экзистенциальным факторам, в которых, как считают экзистенциальные психологи, и скрыты корни наших психологических проблем и трудностей [2].

Психологическое здоровье и возможность психологических расстройств экзистенциальная психология связывает соответственно с «подлинным» или «неподлинным» способом существования в жизни. Что такое жить «подлинной» жизнью? Джеймс Бьюдженталь связывает подлинную жизнь со способностью полностью осознавать текущий момент жизни, со способностью выбирать, как прожить данный момент жизни и с ответственностью за сделанный выбор [1].

Понятиям выбора и ответственности вообще придается большое значение в экзистенциальной консультации. В каждый момент своей жизни мы что-то выбираем; некоторые возможности так и остаются невыбранными нами, нереализованными. То есть, выбирая, мы что-то теряем, но что-то и приобретаем.

ем. И за все выборы в своей жизни человек несет ответственность. Человек – это «ответственное» бытие. Быть ответственным значит, по мнению Сартра, быть «автором» своей жизни; то есть быть ответственным, по сути, означает «творить» собственное бытие. В реальности люди часто отказываются от выборов и ответственности, так как очень трудно осознавать, что ты один ответственен за все происходящее в твоей жизни. Люди склоны перекладывать ответственность на других людей; а вместо выборов в жизни идти по дороге компромиссов. Поэтому практически все люди в течение жизни сталкиваются с различными трудностями и проблемами, которые иногда достигают степени выраженных расстройств. В консультировании мы с самого начала стремимся к тому, чтобы клиент принял на себя ответственность за проблемы в своей жизни.

Изменения в экзистенциальном консультировании связаны с расширением сознания клиента, с появлением нового понимания своей жизни. Реальные результаты консультирования проявляются не только в изменении поля зрения клиента, но и в реальных решениях и действиях. Цель экзистенциальной психотерапии и консультирования – лучшее понимание своей жизни клиентом, расширение взгляда на свою биографию. Это происходит за счет анализа целостной жизни клиента в четырех измерениях (физическом, социальном, психологическом, духовном), а также за счет осознания присутствия в жизни клиента универсальных экзистенциальных факторов. В экзистенциальном консультировании нет ориентира на прошлое время в жизни клиента, скорее, жизнь осознается клиентом как интеграция прошлого, настоящего и будущего. Так как в экзистенциальной психологии много внимания уделяется смыслам и целям жизни клиента, то экзистенциальное консультирование – это скорее консультирование будущего времени клиента, оно как бы «направлено» в будущее через настоящее, а также учитывает влияние и прошлых событий на жизнь клиента.

Настоящий результат консультирования в экзистенциальном «ключе» – это изменения в мировоззрении клиента, это другое, расширенное понимание себя и своей жизни. С одной стороны, экзистенциальное консультирование заканчивается, когда проблемы, заявленные клиентом, разрешены (т.е. выполнен консультативный контракт), но с другой стороны, экзистенциальная терапия

бесконечна в том смысле, что жизнь ставит перед клиентом все новые и новые вопросы, которые нуждаются в разрешении. Поэтому консультирование заканчивается тогда, когда клиент сам может контролировать изменения в своей жизни, когда он способен к самостоятельным действиям. Клиентами экзистенциальной терапии могут стать все люди без исключения, потому что вопросы, поднимаемые в этой школе терапии, волнуют всех людей. Главное, чтобы человек мог открыто и честно смотреть на свой жизненный путь и всесторонне его исследовать. Однако, есть области человеческих проблем, где экзистенциальная психология может быть наиболее эффективной: это прежде всего переживание бессмысленности, пустоты жизни; кризисные состояния: резкие изменения в жизни, потери близких людей, суицидальные намерения, неизлечимые болезни. Экзистенциальная психотерапия в качестве вспомогательного средства может применяться при хронических или острых соматических заболеваниях, в работе с психическими больными в целях лучшего понимания и большего принятия изменившихся реалий жизни.

Литература

1. Бьюдженталь Дж. Наука быть живым: Диалоги между терапевтом и пациентами в гуманистической терапии/ Пер. с англ. А.Б.Фенько. – М.: Независимая фирма «Класс», 2005. – 336с.
2. Кочюнас Р. Контуры экзистенциальной терапии [Текст] // Экзистенциальная традиция: философия, психология, психотерапия. – Ростов-на-Дону, №2, 2007. – 167 с., с. 42-59
3. Мэй Р. Экзистенциальная психология. Экзистенция / Пер. с англ. М.Занадворова, Ю.Овчинниковой. – М.: Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. – 624 с.
4. Франкл В. Человек в поисках смысла: Сборник: Пер. с англ. и нем./ Общ. ред. Л.Я. Гозмана и Д.А. Леонтьева; вст.ст. Д.А. Леонтьева. – М.: Прогресс, 1990. – 368 с.
5. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия [Текст] / Пер. с англ. Т.С. Драбкиной. – М.: Независимая фирма «Класс», 1999. – 576 с.

М.Ю. Бурькина

**ПСИХОТЕРАПИЯ ОТНОШЕНИЯ МАТЕРИ К ФОРМИРОВАНИЮ
И РАЗВИТИЮ ЛИЧНОСТНЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ РЕБЕНКА-
ДОШКОЛЬНИКА: ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД**

Брянский государственный университет имени академика И.Г. Петровского
г. Брянск

Формирование и развитие личностных потребностей человека происходит в чрезвычайно противоречивом социальном контексте. С одной стороны, личностные потребности имеют резервную основу для регуляции поведения ребенка и взрослого. С другой стороны, социальный заказ на интеллектуальное развитие детей, необходимое сегодня во все более новых и сложных условиях развития общества, способствует амплификации психического развития. Превышение некоторого заданного уровня развития интеллектуальных структур психики ребенка приводит к нивелированию его личностных потребностей, для реализации которых требуется свобода выражения, выбор объекта взаимодействия, опыт их удовлетворения. Поэтому создание условий для формирования и развития личностных потребностей детей внимательное наблюдение за поведением ребенка, своевременное отслеживание и создание адекватных условий их реализации и сохранения психического здоровья детей.

Механизмы преодоления конфликтности детско-родительских отношений к личностному развитию дошкольника нами рассматриваются на основании двух определяющих параметров родительской позиции: эмоциональное отношение родителей к ребенку и способы воздействия родителей на ребенка. Первым параметром является отношение родителя к развитию ребенка: принятие необходимости своего активного участия в этом процессе либо отстранение от него. В качестве второго параметра выступают способы воздействия родителя на развитие ребенка, учитывающие особенности возраста и содействующие наиболее полной реализации его возможностей, либо направленные на ускорение развития без учета с возрастных особенностей ребенка.

Центральными звеньями психотерапевтической работы с матерями нами определены: благоприятное развитие детско-родительских отношений, форми-

рование представлений о личностных потребностях детей и их осознание матерями, обучение матерей распознаванию содержания собственных личностных потребностей и их детей по внешним модусам. Остановимся на этих позициях более подробно.

Главным условием успешного появления и реализации личностных потребностей детей дошкольного возраста является *благоприятное развитие детско-родительских отношений*. Психотерапия межличностных отношений включает в себя два взаимосвязанных психологических процесса - осознание и реконструкция отношений личности. Первый процесс – осознание - заключается в постепенном расширении сферы самосознания человека, понимании им истинных источников собственных негативных переживаний посредством поиска связей между разобщенными прежде в сознании человека представлениями, точной вербализации неясных переживаний и понятий. Второй - реконструкция отношений личности в соответствии со степенью осознания нарушенных механизмов и выработке новых отношений на познавательном, эмоциональном и поведенческом уровнях.

Глубина осознания может быть разноуровневой, считает В.А. Ташлыков, и выделяет три уровня осознания. Первый уровень касается понимания человеком новых представлений о своем дезадаптивном поведении в условиях патогенной ситуации. Это осознание может возникнуть в обстановке откровенного общения с другими людьми. Второй уровень отражает осмысление человеком тех неадекватных отношений (в самооценке, отношении к другим людям и окружающему миру), которые лежат в основе его защитного поведения. На этом уровне осознания человек не только видит неконструктивность своего поведения в прошлом, но и понимает, почему он вел себя таким образом. Третий уровень глубины понимания генеза своего состояния связан с осознанием человеком нарушений в сфере мотивов и потребностей, лежащих в основе его негативных чувств и форм поведения, неадекватности системы его отношений.

Формирование представлений о личностных потребностях и их распознавание матерями – первостепенная задача в психотерапии детско-материнских отношений. Процесс *научения матерей распознаванию содержа-*

ния личностных потребностей по внешним модусам включает общие позиции любого образовательного воздействия. Придание зримой формы неудовлетворенным скрытым личностным потребностям обеспечивает изображение содержания личностной потребности, механическое вызывание ее образа при помощи мыслеобразов (мыслеформ) непосредственно в своем уме, т.е. визуализация (К.Г. Юнг, 1950, 2002; В.П. Зинченко, 1983; Н.А. Резник, 1997 и другие). В результате визуализации, как определяет В.П. Зинченко (1983), происходит «рождение новых образов, создаются новые визуальные формы», несущие определенную смысловую нагрузку и делающие «значение видимым». Новые визуальные формы, по мнению Н.А. Резник (1997), активно трансформируют и делают обозримыми внутренний смысл объекта и приводят к содержательным результатам переработки информации.

Как психологический метод преобразования невидимого для человеческого глаза поля, визуализация подразделяется на созидательную (создание мысле- образов), направленную (например, на успех, В.В. Козлов, 2009), мысленную (программирование ситуации, внутренний диалог), позитивную и творческую. Мысленная визуализация может основываться не только на внутреннем, но и внешнем диалоге, в процессе которого формализуется процесс контакта и систематизируется получаемая информация. При позитивной визуализации состояний внутренний мир становится видимым и понятным как самому себе, так и другим. Рисунок усиливает и делает ясным визуализированный образ. Рисунок помогает задействовать большую часть модальностей образа и обозначать словами, «что вижу» (Г. Шоттенлоэр, 2001).

За основу психотерапевтической работы нами взят феноменологический подход к обучению матерей распознавать, осознавать и изменять свое отношение к собственным личностным потребностям и личностным потребностям своих детей. Процесс формирования и развития личностных потребностей детей дошкольного возраста находится в тесной связи с характером взаимодействия ребенка с окружающими его людьми и, прежде всего с матерью. Выделим принципы психотерапии материнского отношения к формированию и развитию личностных потребностей детей дошкольного возраста:

- относительной независимости личностной потребности;
- объективности личностной потребности;
- развития личностных потребностей в деятельности;
- самоорганизации личностной потребности;
- содержательности и предметности личностной потребности;
- субъективности переживания образа личностной потребности;
- смыслообразования.

Принцип относительной независимости личностной потребности. Относительная независимость потребности позволяет ставить задачу «не борьбы с потребностями человека» (А.Н. Леонтьев, 1971) в его иерархии, а создания условий для удовлетворения каждой отдельно взятой потребности новыми способами, их переопределения в новых мотивах. Сознание и самосознание выступают в таком случае как посредники этого процесса. Эффект воздействия выходит за пределы сознания – в реальную деятельность, в реальное общение субъекта. (А.Н. Леонтьев, 1971; В.В. Столин, 1989).

Принцип объективности личностной потребности. Личностные потребности детей дошкольного возраста формируются в процессе освоения объективной социальной действительности и развиваются в процессе социализации, вхождения ребенка в мир общественных отношений, овладения им материальной и духовной культурой человечества (А.Н. Леонтьев, 1971). Объективность личностных потребностей проявляется в их социальном содержании, происхождении и в способах реализации (удовлетворения) только в условиях социального взаимодействия с другими людьми.

Принцип развития личностных потребностей в деятельности. В процессе актуализации личностных потребностей, порождаемых деятельностью, возникает состояние операционной напряженности, которое характеризуется направленностью потребностей на сам процесс и содержание деятельности (А.Н. Леонтьев, 1971; В.О. Овчинникова, 2001). Производные личностные потребности в ходе исторического, экономического развития общества и производства изменяются и развиваются. Поэтому освоение способов их реализации является для дошкольника важной задачей.

Принцип самоорганизации личностной потребности. Е.П. Ильин (2006) вслед за И.П. Павловым (1904), А.Н. Леонтьевым (1971) отмечает, что потребность, как самоорганизующая система, является одной из побудительных сил, детерминирующей психическую активность человека. Важно, создать такие условия, чтобы потребность, выступающая как оперативное состояние, заряженное энергией побуждения, в определенный момент появилась, самоорганизовалась.

Принцип содержательности и предметности личностной потребности. Личностная потребность имеет тройное психологическое содержание. Со стороны целостности личности выступает как побудитель взаимодействия с окружающими людьми для нормального функционирования ребенка в обществе. Со стороны деятельности потребность приобретает свое содержание благодаря удовлетворяющему ее предмету деятельности (А.Г. Маслоу, 1999; А.Н. Леонтьев, 1971; В.В. Столин, 1989 и другие). С третьей стороны, личностная потребность управляет поведением, обозначает функциональный «выход» и «вход» потребностной энергии в процессы отражения (А.Н. Леонтьев, 1971), через которые формируется и распознается потребностный опыт ребенка.

Принцип субъективности переживания образа личностной потребности. Эмоционально окрашенные переживания образа личностной потребности субъективно отражаются в понимании, в чем состоит предмет желания. Когнитивный образ предмета потребности и ее состояния удовлетворения находит отражение в эмоциональных проявлениях (Л.С. Выготский, 1924; В.К. Вилюнас, 1986; С. Л. Рубинштейн, 1944). Личностная потребность через пристрастность указывает на свои предметы переживающему субъекту, существуя объективно в образе предмета и проявляясь в его способности вызывать ориентировочные процессы и деятельность. Подчеркивая пристрастность потребности, В.К. Вилюнас (1986); А.Н. Леонтьев (1971) тем самым акцентируют внимание на процессах смыслообразования.

Принцип смыслообразования. Смысл возникает вслед за эмоцией, в результате разрешения субъектом личностной потребности. Между смысловыми и эмоциональными явлениями не может быть прослежена различительная

грань, справедливо отмечают А.Н. Леонтьев (1971), Д.А. Леонтьев (1999). Если мотив как опредмеченная потребность порождает многочисленные эмоциональные переживания, направленные на определенные аспекты ситуации и своим качеством выражают их значимость, то предмет, отвечающий потребности, способен породить деятельность при условии пристрастно-эмоционального отношения. Это отношение порождает ситуативные эмоционально-смысловые образования (А.Н. Леонтьев, 1971; Д.А. Леонтьев, 1999), которые, в свою очередь, могут порождаться не только отношениями между мотивом и целями, но и отношениями между действиями и потребностями субъекта (В.В. Субботский, 1977; Б.С. Братусь, 1988).

Психотерапия материнского отношения как детерминанты формирования и развития личностных потребностей детей дошкольного возраста осуществлялась по следующим направлениям:

1. Осознавание матерями своих личностных потребностей и личностных потребностях своих детей.

2. Формирование у матерей представлений о гармонии и дисгармонии личностных потребностей детей, формах их выражения.

3. Научение матерей распознаванию дисгармонии личностных потребностей детей дошкольного возраста по эмоциональным состояниям, поведенческим модусам своих детей (через движения, образы, ассоциации, эмоциональные реакции).

4. Научение матерей взаимодействию с детьми, адекватному их возрасту, возможностям и личностным потребностям детей дошкольного возраста; принятию своего ребенка.

Нами выявлены наиболее эффективные условия психотерапии материнского отношения с целью преодоления дисгармонии личностных потребностей детей дошкольного возраста:

- преодоление дисгармонии личностных потребностей детей дошкольного возраста будет эффективным, если мать своевременно сможет распознавать личностные потребности ребенка;

- если необходимость психотерапевтического воздействия очевидна в случае дисгармонизации личностных потребностей детей дошкольного возраста, то необходимо корректировать замещающее неадекватное поведение детей и отношение к ним матерей;

- процесс психотерапевтического воздействия будет успешным, если матери проявляют заинтересованность в своевременном, адекватном возрасту и возможностям детей личностном развитии ребенка;

- если психотерапия материнского отношения к своим детям дошкольного возраста осуществляется посредством организации индивидуальной и групповой работы, направленной на психологическую поддержку и улучшение эмоционального состояния матерей, то распознавание собственных личностных потребностей в диалоге с другими матерями способствует обучению их способам эффективного общения со своим ребёнком и его принятию в контексте ведущей деятельности.

Содержание программы психотерапевтической работы с матерями реализовывалось нами в несколько этапов: пропедевтический, вводный, психотерапевтический, рефлексивно-оценочный. На каждом из этапов проводится цикл занятий с матерями.

Первый цикл информационных и практико-ориентированных занятий проводился с матерями, объединенными в клубе «Молодая семья». Для нас стало важным предоставить матерям возможность общаться друг с другом. Заседания клуба проводились в течение месяца, с частотой 1-2 раза в неделю. Кроме того, письменный анализ наблюдений за детьми и самонаблюдение за собственными состояниями позволили повысить эффективность психологического сопровождения матерей с целью преодоления дисгармонии личностных потребностей матерей и их детей.

Второй цикл содержит занятия матери со своим ребенком на основе арт-терапии. Обязательным условием их проведения является создание ситуации успеха, которая позволяет ребенку свободно выражать свои мысли, чувства в

процессе рисования и театральной деятельности. Работа организовывалась по принципу «рядом» без вмешательства матери в деятельность ребенка. Выполняя одни и те же действия «рядом» со сходными материалами или предметами, матери переходят от контроля за действиями детей к сфере собственных переживаний. Ребенок освобождается от опеки в совместной деятельности и становится свободным в выборе действий. В завершение равнозначные совместные переживания обсуждаются матерью и ребенком по типу «обратной связи».

Следующий цикл занятий был направлен на создание образов взаимодействия со взрослыми и сверстниками у детей дошкольного возраста и их матерей, отреагирование эмоциональных состояний в ходе проигрывания театрализованных действий, отражающих реальные ситуации из детской жизни. Предпочтение отдавалось режиссерским играм с куклами бибабо. В этих ситуациях матерям предоставлялась возможность принять роль «ребенка», прожить ее опосредованно действиями куклы и осознать собственные личностные потребности и личностные потребности своего ребенка.

В ходе этих занятий решались следующие задачи:

- научение матерей и детей различению личностных потребностей по эмоциональному состоянию «партнера», по его проявлению и выражению через мимику, пантомимику, интонацию, на основе самовосприятия (когнитивный компонент) или по визуальному представлению образа личностной потребности и описанию его модальностей (сенсорный компонент);

- формирование навыков адекватного эмоционального отреагирования на совершенное действие или поступок «героя» ситуации (поведенческий компонент);

- научение адекватному сопереживанию «герою» ситуации (эмоциональный компонент);

- научение эмоциональному предвосхищению последствий своих действий и действий «героя» ситуации (эмоциональный компонент).

Описывая свои ощущения и обсуждая свои состояния, матери в основном осмысливали собственные личностные потребности, что является условием изменения отношения к своим детям и их принятия. Нами представлены проме-

жуточные результаты, так как работа по коррекции дисгармонии личностных потребностей требует более длительного периода и продолжается. Комплексная психотерапевтическая работа, направленная на формирование рефлексивного опыта матерей – педагогов, позволит им перенести свой накопленный опыт самосовершенствования в работу с родителями в условиях общеобразовательных учреждений.

На наш взгляд, наиболее эффективными способами работы с матерями стали: диалоги-визуализации, где каждый участник программы индивидуально высказывал свое мнение, а затем всей группой находили оптимальное решение проблемы; проигрывание и переживание реальных эмоционально значимых ситуаций, решение ситуационных задач в контексте собственных потребностных переживаний матери; совместные занятия матери и ребенка, направленные на их сближение, понимание друг друга (домашние задания).

В ходе организации диалога-визуализации первым шагом к принятию собственного ребенка является умение принимать любую позицию и точку зрения собеседника. Понимание выступает в качестве главного средства осуществления диалога (М.М. Бахтин, 1979). Именно в диалоге-визуализации матери научаются представлять в воображении, «в визуальной модальности» (визуализировать) свои личностные потребности и потребности партнера по диалогу, осмысливать их, анализируя собственный опыт взаимодействия с ребенком. Наиболее эмоционально значимыми оказались такие темы диалогов, как «Я - ребенок», «Мой ребенок», «Мой ребенок во мне» и другие.

Диалоги-визуализации часто включаются в ситуационные игры, где используются рисунки, изготовленные из различным материалов куклы, с помощью которых воспроизводится и изменяется ситуация взаимоотношений матерей с детьми. Решение ситуационных задач предполагает обдумывание, принятие решения об изменении замещающего поведения матери и ребенка, устранение дисгармонии личностных потребностей детей дошкольного возраста. В этом процессе решаются следующие задачи: а) вызвать желание изменить замещающее поведение в себе и ребенке, осмыслить свойства сформированного поведения в смысле качества, быстроты, размаха, широты, интенсивности и т.

д.; б) изменить определенное поведение, устранить некоторые свойства имеющегося замещающего поведения, если они нежелательны для матери и ребенка.

В процессе диалогов-визуализации, решении ситуационных задач в контексте собственных личностно-потребностных переживаний матери наблюдали и фиксировали:

а) когнитивные модусы: какие ситуации вызывают напряжение, тревогу, страх и другие негативные эмоции, провоцирующие появление, фиксацию и усиление признаков замещающего поведения; какая личностная потребность не удовлетворена и какую она побуждает форму замещающего поведения; как воспринимается замещающее поведение матери и ребенка другими людьми, какие последствия имеет такое поведение; какую собственную роль, меру своего участия в возникновении, развитии и сохранении замещающего поведения определяют матери, каким путем можно изменить отношение к ребенку, чтобы преодолеть замещающее поведение;

б) сенсорные модусы: какие ощущения и переживания возникают при описании личностно-потребностного опыта матери и ребенка; какие по модальности образы личностных потребностей и их состояний возникают у матери;

в) эмоциональные модусы: проявления эмоций, связанных с принятием, поддержкой и взаимопомощью в группе матерей, а также в процессе воспроизведения эмоционально-значимых ситуаций, которые были у матери в реальной жизни, и с которыми она не могла справиться; эмоциональные реакции в процессе восприятия себя самого и своих отношений с ребенком; какие эмоциональные реакции сопровождают замещающее поведение матери и ребенка в различных ситуациях, их повторяемость, степень адекватности и конструктивности;

г) поведенческие модусы: неадекватные поведенческие стереотипы, неадекватные замещающие действия; характер межличностного взаимодействия в группе; сотрудничество, ответственность, самостоятельность в принятии решения.

Оценке личностно-потребностного опыта ребенка предшествует рефлексия переживания личностно-потребностного опыта матери в связи с родительскими установками в ее семье. Эмоциональная поддержка и принятие матери группой, признание ее значимости, уникальности ее внутреннего мира исходит из ее отношений, установок и ценностей.

Конструктивная переработка содержания собственных личностных потребностей, самопонимание и самопринятие связаны согласованием собственных представлений с получаемой информацией о себе. Низкая самооценка, эмоционально неблагоприятное отношение к себе препятствуют восприятию новой информации о себе и обостряет действия замещения. Позитивная самооценка, как отмечает автор, снижает уровень психологической угрозы, уменьшает сопротивление, делает человека более открытым для новой информации и нового опыта. Эмоциональная поддержка группы оказывает стабилизирующее положительное воздействие на самооценку, повышает степень самоуважения и производит корректирующее эмоциональное воздействие на отношение к себе. Группа выступает как модель реального поведения человека, в которой он проявляет типичные для него поведенческие стереотипы и создает условия для исследования человеком собственного межличностного взаимодействия, выявляя в нем конструктивные и неконструктивные элементы, приносящие удовлетворение или вызывающие негативные переживания, и для выработки навыков полноценного общения. Все это создает благоприятные предпосылки для генерализации достигнутых поведенческих изменений и на другие ситуации, в реальной жизни.

Полученные результаты показали, что взаимодействия матерей и их детей носят позитивную тенденцию. В межличностном взаимодействии появились новые формы поведения (принятие, кооперирование), которые способствуют позитивному адекватному отношению матери к ребенку; матери научились искренне выражать чувства по отношению к себе и своим детям, более точно понимать и принимать, вербализовать собственные эмоциональные состояния. В отношениях матерей к детям увеличилось количество сторонников кооперации (от 0 до 20% в целом по выборке матерей-педагогов), хотя достаточно высокий

процент женщин, находящихся в поле симбиотических и авторитарных взглядов (33%). В большинстве случаев матерям из неполных семей их ребенок стал нравиться таким, какой он есть. Они стали понимать и уважать индивидуальность ребенка, симпатизировать ему, проявлять искренний интерес к деятельности и мыслям ребенка, ценить его способности и мнения, поощрять инициативу. Освоенный опыт взаимодействия с детьми матери переносят в работу с родителями в общеобразовательных учреждениях.

Для оценки поведенческой составляющей материнского отношения требуется отсроченный период. В целом в поведении матерей еще сохраняется общая тенденция чрезмерно опекавать и строго контролировать ребенка либо инфантилизировать его, что зачастую приводит к негативным последствиям как в полной, так и неполной семье. Эти три типа материнского отношения являются взаимосвязанными: если мать не доверяет ребёнку, не верит в его самостоятельность, она должна осуществлять строгий контроль за его поведением. Контакты матери и ребенка в неполной семье усугубляются негативным влиянием материнского отношения на формирование личности ребенка-дошкольника, поэтому задача матери - овладение конструктивными приемами общения с ребенком, преодоление стремления к чрезмерному контролю и гиперопеке.

Авторский словарь терминов:

Личностные потребности детей дошкольного возраста – это динамические функциональные состояния напряжения, возникающие вследствие переживания необходимости в межличностных отношениях, предметно-опосредованном взаимодействии с людьми.

Дисгармония личностных потребностей детей – устойчивое напряженное психическое состояние, вызванное несоответствием способов взаимодействия ребенка с предметом своей личностной потребности ее возрастному содержанию и проявляющееся в различных формах замещающего поведения.

О.С. Гольдфарб
**ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ МЕТАПРОГРАММ УЧАЩИХСЯ
ВУЗов**

Челябинский государственный университет
г. Челябинск

Понятие «метапрограмм» в психологии представлено специалистами зарубежной школы НЛП (нейро-лингвистического программирования). Представители НЛП под «метапрограммами» понимают привычную модель поведения человека, которая вырабатывается, формируется на начальных этапах онтогенеза, под воздействием установок личности (внутренних и внешних). Принято считать «метапрограммы» фильтрами восприятия человека, на которые мы обычно не обращаем внимания, однако, благодаря которым мы действуем привычным образом.

Метапрограммы - это привычное нам поведение, которое мы используем для того, чтобы определить, какая информация будет допущена в сознание. Они поддаются диагностике через вербальный и невербальный компонент: через речевые предикаты и поведение, могут корректироваться на сознательном уровне посредством научения или «расширения карты» клиента. В отечественной науке структура социального и индивидуального опытов представлены различно: И.Я.Лернер, В.В.Давыдов, Д.Б.Эльконин, однако, обнаруживается схожесть их содержания. Так, Н.Л. Худякова представила обобщенные характеристики компонентов индивидуального опыта: 1)знания о мире и о самом себе, выраженные через представления и понятия, обеспечивающие формирование в сознании ребенка целостной научно обоснованной картины мира; 2)умения пользоваться этими знаниями как способами деятельности, складывающимися из правил выполнения действий (умственных и практических), из операций и приемов; 3)личностные смыслы, установки, стереотипы, определяющие эмоционально ценностное отношение человека к миру. Все вышеперечисленные характеристики, безусловно, оказывают влияние на деятельность человека. Ряд отечественных специалистов Г.Н.Сартан, А.Ю.Смирнов, В.В.Гудимов и другие, используют понятие «метапрограмм» в своей практике уже ряд лет. Так ими раз-

работана анкета метапрограммного интервью при отборе претендентов на вакантную должность в бизнес-консультировании. Вышеперечисленные специалисты считают, что внимание к особенностям вербальных и невербальных компонентов вошедшего человека (например: насколько подробно отвечает кандидат на вопросы, как он реагирует на уточнения, слышит ли собеседника, раскрывается ли эмоционально, использует ли уточняющие вопросы и так далее), внимание к согласованности его слов и действий - предоставляет возможность достоверно определить метапрограммы собеседника.

Отечественный специалист в области нейролингвистического программирования Ковалев С.В. (доктор психологических и философских наук, сертифицированный международный Мастер-Практик, профессор МПСИ) - автор ряда пособий, описывающих парадигмы, модели и психотехнологии НЛП (адаптированных для понимания российских граждан), также говорит о необходимости выявления и изменения нецелесообразных моделей поведения, метапрограмм при психотерапевтическом и психологическом воздействии.

Изменения, вводимые в системе высшего профессионального образования, переход на программы обучения по степени «бакалавр» и «магистр», ориентация на компетенции, дополнительно вносит актуальность в изучение метапрограмм будущих специалистов, выпускников ВУЗов. Так, в приказе об утверждении и введении в действие Федерального Государственного Образовательного стандарта Высшего профессионального образования по направлению подготовки 050100 Педагогическое образование степени «бакалавр» дается перечень компетенций, которыми выпускник должен обладать, среди них: ОПК-1 (осознает социальную значимость будущей профессии, обладает мотивацией к осуществлению профессиональной деятельности) и ОПК – 4 (способен нести ответственность за результаты своей профессиональной деятельности) – напрямую относятся к метапрограммам получающих образование. В соответствующем приказе по направлению подготовки 050400 Психолого-педагогическое образование степени «бакалавр» также имеются виды компетенций, относящихся и к пониманию и овладению метапрограммами, напри-

мер: ПКПП-3 (способен осуществлять сбор и первичную обработку информации, результатов психологических наблюдений и диагностики), ПКПП-4 (способен к рефлексии способов и результатов своих профессиональных действий), ПКПП-5 (способен осуществлять психологическое просвещение педагогов и родителей по вопросам психического развития детей) и так далее.

В последние годы в научной литературе вопросу компетенций и компетентностного подхода уделяется огромное внимание. Достаточно изученными являются общие компетенции: информационная, коммуникативная, управленческая, исследовательская, перцептивная, культурологическая, а также специальные: технологическая, конструктивная, политологическая, медицинская, социологическая, психологическая и ряд других специальных прогностических компетенций. По большей части в психологической литературе компетенции адекватно представлены. Так, например, управленческая компетентность рассматривается вне зависимости от сферы деятельности как принятие трезвых административных решений посредством логики и рациональности. Коммуникативная компетентность, как способность к общению, знание правил и умение их применять в процессе коммуникации. И так далее...

Имеются данные о зависимостях компетенций и определенных личностных феноменов. Например, Карманчиков А.И. выявил зависимость прогностической компетентности и профессиональной успешности. Доказанным фактом является влияние уровня прогностической компетентности и сформированности прогностического мышления, который существенно влияет на успешность личности в профессиональной деятельности: при низком уровне прогностической компетентности имеется слабая ориентация в ближайшем и отдаленном будущем; при среднем уровне прогностической компетентности наблюдается хорошая ориентация в ближайшем будущем и слабая ориентация в отдаленном будущем (такой человек знает, что он хочет, но чаще всего не знает как этого добиться); и только при высоком уровне прогностической компетентности имеется хорошая ориентация в ближайшем и отдаленном будущем, в предстоящих событиях, такой человек может предположить структуру ближайшего

и отдаленного будущего, способен найти недостающее звено («белое пятно») в цепочке предстоящих событий, опирается на объективные методики прогнозирования, интуицию, конструирует будущее.

Однако, следуя понятию «метапрограммы», существует еще мало изученный вид компетенций, который условно можно назвать «субъективно-установочный» и отнести который целесообразно частично к прогностической, частично к области психологической компетентности.

Виды установок и их влияние активно изучалось в середине 20 века Д.Н.Узнадзе и его последователями. Известны работы по влиянию установок в процессе взаимодействия людей А.А.Бодалева, В.А.Лабунской, в области специальной психологии: О.К.Агавеляна, О.С.Гольдфарб и другие. Но исследований в области влияния установок и закрепленных моделей поведения человека в профессиональной деятельности практически нет. Под термином «субъективно-установочная компетенция» нами понимается тот имеющийся набор индивидуальных личностных установок и моделей поведения, которые оказывают влияние на успешность человека, способствуют или препятствуют достижению высоких результатов в любом виде деятельности, в том числе и в сфере профессиональной деятельности.

Таким образом, на наш взгляд, имеется как минимум еще одна важная составляющая, оказывающая прямое влияние на успешность будущей профессиональной деятельности – это осознание выработанных и закрепленных моделей поведения, сильных и слабых сторон своих «метапрограмм».

Проводимое нами диагностическое исследование на протяжении 11 лет позволяет говорить о ряде закономерностей. Например, чаще всего те студенты, которые относятся к разряду «плохо успевающих» имеют метапрограммы «рефлексивное поведение», «избегание неудач», «необходимость внешнего постоянного контроля», «отсутствие ориентира на результат». И наоборот, те учащиеся, которые относятся к разряду «хорошо успевающих», имеют метапрограммы «активная жизненная позиция», «стремление к цели», «выраженный внутренний контроль», «стремление к результативной деятельности». Так же, к

сожалению, мы можем констатировать увеличение количества студентов с «отрицательными метапрограммами», что, возможно, является следствием затянувшегося нестабильного состояния современного общества, сменой приоритетов молодого поколения, неуверенностью в завтрашнем дне и так далее.

Смена имеющихся негативных метапрограмм на «более целесообразные» теоретически обосновывается и описывается в литературе по НЛП и практически нами проводилось на занятиях по дисциплине «Базовые методы и техники психотерапии» на протяжении ряда последних лет. Однако, по нашим наблюдениям, данный процесс носит временный характер, необходимо долговременная поддержка для закрепления стойкого эффекта, возможно, на протяжении всех лет обучения в ВУЗе.

Интерес к теме исследования возник еще в 1998 году, в связи с международным сотрудничеством ЧелГУ с университетами Англии и Франции. Тогда впервые были обнаружены существенные различия в метапрограммах студентов зарубежных стран и наших студентов. Очевидно, связано это с особенностями «зарубежной» жизни и наработанных в следствие с этим моделей поведения.

На примере одной метапрограммы «умение планировать и планомерно действовать» или «ставить и добиваться целей» можно проследить особенности двух выборок: так наши студенты отличались философичностью при ответах на вопросы, неумением кратко и четко формулировать свои ожидания и делать прогнозы, различия были не только по самим ответам двух групп, но и по времени, затраченному на ответы (наши студенты, в целом, тратили практически в 2,7 раз больше времени, чем зарубежные студенты). Данное исследование дало основание для планомерного изучения метапрограмм и поиск зависимостей. Необходимо отметить, что исследование продолжается, выше изложенные выводы сделаны в рамках проведенного исследования 237 человек. Считаем необходимым способствовать формированию «целесообразных» метапрограмм подрастающего и молодого поколения, так как во многом именно от «наработанных» и «закрепленных» зависит успешность реализации его потенциала, уро-

вень достижения его профессионального мастерства, компетентности, успешность последующего трудоустройства.

Литература

1. Гольдфарб О.С., Озолс К.В. Субъективно-установочные компетенции студентов // Студенческая наука: ступени познания: материалы науч.студ.конф. – Челябинск, 2011, стр.188-190.

2. Карманчиков А.И. Педагогическое прогнозирование творческой активности личности. Ижевск. – Изд. ИПК и ПРО УР, 2005.

3. Ковалев С.В. Введение в современное НЛП. Психотехнологии личностной эффективности. – М., 2002.

4. Психология личности в трудах отечественных психологов. – СПб.: Питер, 2000 (Серия «Хрестоматия по психологии»).

5. Сартан Г.Н., Смирнов А.Ю., Гудимов В.В., Подхвалитин Н.В., Алешунас М.Р. Новые технологии управления персоналом. – СПб., 2003.

6. Худякова Н.Л. Философия и развитие образования. – Челябинск: Изд. Образование, 2009.- 230 с.

Э.Р. Драчева, Е.А. Селиванова
АРТТЕРАПИЯ В КОРРЕКЦИИ СТРАХОВ У ОДАРЕННЫХ ДЕТЕЙ
Гимназия №100
г. Челябинск

Несмотря на огромное внимание, уделяемое вопросу одаренности, это понятие по-прежнему остается загадкой для большинства детей, учителей и многих родителей. Для широкой общественности наиболее важными проблемами являются не столько научные основания одаренности, сколько, прежде всего их реальные жизненные проявления, способы выявления, развития и социальной реализации.

Забота об одаренных детях сегодня – это забота о развитии науки, культуры и социальной жизни завтра. Именно поэтому проблема одаренных детей сейчас достаточно актуальна.

В научной и публицистической литературе активно обсуждается актуальное направление современного образования – поиск и поддержка талантливых детей, их психолого-педагогическое сопровождение в течение всего периода становления личности. Спорным является вопрос относительно выявления одаренности у детей, что обусловлено их личностными особенностями [1]. Однако диагностика сама по себе не является правомерной без соответствующих коррекционных и развивающих психолого-педагогических мероприятий. Многочисленные исследования показывают, что лишь небольшой процент одаренных детей успешно реализует свои потенциальные возможности (Н.С. Лейтес, 1971).

Одной из основных особенностей развития эмоциональной сферы одаренного ребенка большинство исследователей отмечают повышенную уязвимость. Источником ее является сверхчувствительность, уходящая корнями в особенности интеллектуального развития. Способность улавливать причинно-следственные связи, сочетающаяся с опережением в количестве и силе восприятия окружающих явлений и событий, рождает более глубокое и тонкое их понимание. Одаренные дети не только больше видят, тоньше чувствуют, они спо-

способны следить за несколькими явлениями сразу, тонко подмечая их сходство и различие. Способность улавливать то, что осталось незамеченным другими, сочетаясь со свойственным им эгоцентризмом, приводит к тому, что они все принимают на свой счет. Поэтому внешне нейтральные замечания, реплики, действия могут оказывать сильное воздействие на одаренного ребенка, в то время как его "нормальные" сверстники относятся к ним равнодушно. Это обусловлено множеством причин, одной из которых являются нарушения в эмоциональной сфере личности, проявляющиеся в виде различных страхов, сигнализирующих о невротическом состоянии. Актуальность заявленной проблемы обусловлена необходимостью реализации коррекционных мероприятий, направленных на снятие страхов и неврозов у одаренных детей арттерапевтическими средствами [3].

Знание психологических особенностей этих детей и причин поведения поможет взрослым (педагогам, родителям, психологам) правильно выстроить с ними систему взаимоотношений и тем самым организовать их поведение. Изменение поведения ребенка возможна в первую очередь через коррекцию его личностных особенностей и в частности – эмоциональной сферы. В данной статье акцентируем внимание на проблеме страхов у одаренных детей.

Множество страхов, которые зачастую осложняют игровую, интеллектуальную, творческую деятельность ребенка, могут отмечаться не только в дошкольном, но и в младшем школьном и даже подростковом возрасте. Причем отмечаются не только возрастные страхи (характерные для определенного возраста и являющимися показателем нормального развития), но и бредовые (беспричинные, неспецифические), которые свидетельствуют о невротическом состоянии ребенка.

У одаренных детей тревожность и страхи иногда приобретают деструктивный характер и препятствуют не только интеллектуальной и творческой деятельности, но и в целом могут тормозить личностное развитие, способствуя дезадаптации и нарушению социализации.

Эмоциональная сфера является важной составляющей в развитии детей, так как никакое общение, взаимодействие не будет эффективным, если его участники не способны, во-первых, «читать» эмоциональное состояние другого, а во-вторых, управлять своими эмоциями. Формирование эмоциональной сферы является одним из важнейших условий становления личности одаренного ребенка, опыт которого непрерывно обогащается. Развитию эмоциональной сферы способствует семья, школа, в общем социум. Однако акцентируем внимание в данном вопросе на работе психолога с одаренным ребенком, так как возникновение нарушений в эмоциональной сфере требует квалифицированной помощи специалиста.

Таким образом, мы переходим к вопросу о необходимости реализации профилактических и коррекционных мероприятий, направленных на коррекцию таких эмоциональных нарушений как страхи и тревожность.

Методы коррекции эмоциональных нарушений многообразны, среди них представлены игротерапия, логотерапия, психодрама, гештальттерапия и др. Однако многими авторами приоритет отдается арттерапевтическому направлению в работе с детьми и со взрослыми при различных эмоциональных нарушениях [4]. В работе с детьми очень важно использовать гибкие формы психотерапевтического воздействия. Арттерапия предоставляет ребенку возможность проигрывать, переживать, осознавать конфликтную ситуацию, какую-либо проблему наиболее удобным для психики ребенка способом – через проекцию на уровне бессознательного [2].

Данный метод построен на использовании искусства как символической деятельности. Его применение имеет два механизма психологического коррекционного воздействия. Первый направлен на влияние искусства через символическую функцию реконструирования конфликтной травмирующей ситуации и нахождение выхода через переконструирование этой ситуации. Второй связан с природой эстетической реакции, позволяющей изменить реакцию проживания негативного аффекта по отношению к формированию позитивного аффекта, приносящего наслаждение. Основными функциями арттерапии являются: ка-

тарсистическая (очищающая, освобождающая от негативных состояний); регулятивная (снятие нервно-психического напряжения, регуляция психосоматических процессов, моделирование положительного психоэмоционального состояния); коммуникативно-рефлексивная (обеспечивающая коррекцию нарушений общения, формирование адекватного межличностного поведения, самооценки).

Арттерапия эффективно сочетается с другими терапевтическими направлениями: сказкотерапия, драмтерапия, игротерапия, музыкотерапия, часто они реализуются в единстве. Она включает в себя рисуночные техники, работу с неструктурированным материалом (глина, пластилин, песок, сыпучие материалы), работу с бумагой (аппликации, оригами) и др.

В данной статье на основе теоретического анализа существующих психотерапевтических упражнений и приемов, опыта реализации существующих методик, модифицированных автором, адаптированных к одаренным детям, а также авторских методик представлены 10 упражнений, направленных на коррекцию страхов. Данные упражнения апробированы на детях от 3 до 17 лет с интеллектуальной и творческой одаренностью, как в групповой, так и индивидуальной работе. Описание механизмов воздействия на эмоциональное состояние ребенка представлено в каждом упражнении. У некоторых детей уже после 3-5 занятий, включающих данные упражнения, отмечалось снижение количества страхов, тревожности, повышение самооценки и стабилизация эмоционального состояния. Далее описаны обозначенные упражнения с их анализом и рекомендациями.

Упражнение 1. «Рисунок на стекле» (авторская методика)

Цель: устранение негативных эмоциональных состояний.

Возраст: 3-18 и старше.

Материалы: гуашевые краски, кисти, вода, стекло, музыка для релаксации.

Время проведения: 10–30 мин.

Ребенку предлагается с помощью гуашевых красок нарисовать на стекле свой страх или другую отрицательную эмоцию (тревогу, обиду, злость, нена-

висть). Погружению в процесс рисования способствует специально подобранная релаксационная музыка, необходимо чувствовать состояние ребенка, тем самым подбирая соответствующее музыкальное сопровождение (усиливающее или снимающее напряжение). После того как ребенок нарисовал свой страх, ему предлагается рассказать о своем эмоциональном состоянии и о том, что хочется сделать с этим страхом. Иногда дети хотят его зарисовать другим цветом. Если изначально ребенок рисует черным цветом (что желательно, именно с черным ассоциируется страх), то он при зарисовывании понимает, что черный цвет другим не закрасить. Поэтому ребенок ищет другой способ избавления от страха. Некоторые дети хотят разбить стекло, но им предлагается иной – более конструктивный способ. Здесь психолог также подводит ребенка к желаемому способу уничтожения данного страха – смыванию его со стекла водой. Интересным является тот факт, что многие одаренные дети (особенно с академической одаренностью) сразу не догадываются о данном способе его уничтожения, что говорит о недостаточной креативности. Поэтому арттерапевтические техники способствуют не только катарсическим процессам, но и развитию воображения и соответственно мышления. Психологу необходимо грамотно использовать музыкальное сопровождение, сначала желательно включить музыку, нагнетающую тревогу, страх, грусть или даже злость. Однако в тот момент, когда ребенок смывает рисунок со стекла, должна звучать мажорная музыка.

Упражнение 2. «Лабиринт страхов» (модификация упражнения О.В. Хухлаевой)

Цель: осознание собственных страхов, их принятие и устранение

Возраст: 3 – 18 и старше.

Материалы: бланк с рисунком пустого лабиринта [5], простой и цветные карандаши, фломастеры, ластик, металлическая банка, спички.

Время проведения: 20–50 мин

Ребенку предлагается бланк с рисунком пустого лабиринта, который необходимо заполнить страшными персонажами и вверху (в отдельном облачке) – нарисовать «самый главный страх».

Многие дети затрудняются с выполнением данного задания. На практике мы встречаемся с тем, что некоторые дети пытаются отказаться от рисования, ссылаясь на то, что ничего не боятся. Это феномен так называемых вытесненных страхов, которые наносят ребенку гораздо больше вреда, чем осознаваемые страхи. Тогда ребенку предлагается нарисовать то, кого или чего он боялся в детстве (когда был совсем маленьким) или чего боятся люди, его знакомые, друзья и пр. Здесь важно вывести ребенка на изображение каких-либо образов. Бессознательно ребенок отобразит свои собственные страхи и переживания. В практике нашей работы мы встречаемся с творческими и одаренными детьми, имеющими неспецифические страхи. Так мальчик 7 лет, который учился в лицее, сочинял интересные художественные произведения, боялся железа; другой одаренный ребенок 5 лет – боялся шишек; девочка 6 лет, сочиняющая необычные истории, которая начала писать свою книгу об одной фантастической стране, боялась перьев. Мы уже упоминали, что эти неспецифические страхи называются невротическими. Коррекцию данных страхов мы сочетаем с другими техниками, но первоначально начинаем именно с «Лабиринта страхов».

Далее идет обсуждение рисунка и затем предлагается ребенку такой исход событий, когда он попадает в этот лабиринт. Затем ребенку необходимо предположить, что произойдет дальше. Эта техника является не только коррекционной, но и диагностической, по ней можно отследить установки ребенка по отношению к трудным жизненным ситуациям: в целом пессимистические или оптимистические. Некоторые дети говорят о том, что они погибнут в этом лабиринте. Тогда психолог выводит ребенка на необходимость бороться с этими страхами. Ребенок начинает «побеждать» каждый страх по отдельности на бумаге с помощью карандашей. Здесь очень важно не давать ребенку готовых решений, он сам назовет тот способ, которым можно победить каждый страх, главное отобразить это на бумаге. «Победив» все страхи, он переходит к «главному страху» и решает, что с ним сделать соответствующим образом. После всего этого ребенку предлагается окончательно уничтожить эти страхи. Некоторые дети начинают их зачеркивать, говорить о том, что уже всех победили.

Однако задача психолога подвести ребенка к тому, чтобы он догадался разорвать лист. Здесь очень важно опять же не давать готовых решений, ребенку необходимо прийти к этому самому. После чего ребенок разрывает на мелкие кусочки лабиринт и бросает их в железную банку. Терапевтический эффект от разрывания бумаги достаточно сильный, сам процесс помогает снять напряжение и способствует формированию у ребенка чувства собственного превосходства и ощущения своей власти над страхами. Психолог уточняет у ребенка, могут ли теперь эти страхи вернуться обратно. Затем ребенку предлагается снова уже окончательно уничтожить эти страхи, тем самым подвигая его к сжиганию листа с лабиринтом. С целью соблюдения техники безопасности рекомендуем выполнять эту процедуру на улице. Детям дошкольного и младшего школьного возраста психолог говорит о том, что самостоятельно выполнять это упражнение не стоит, сжигать эти страхи можно только у психолога в этой специальной банке для страхов. Ребенку очень важно пронаблюдать процесс сгорания бумаги, он тоже имеет мощный эффект воздействия на эмоциональное состояние. Во-первых, наблюдение за пламенем расслабляет, а сам процесс окончательного уничтожения страхов стабилизирует эмоциональное состояние ребенка. Затем ребенок высыпает пепел в мусорное ведро. В завершении можно обсудить его состояние, однако иногда лучше обговорить это позже при возможности повторной встречи. Многие родители и педагоги отмечают, что после этого занятия эмоциональное состояние ребенка и соответствующее его поведение меняются, нормализуется сон (если его беспокоили ночные кошмары), питание, улучшается учебная деятельность.

Упражнение 3. «Вулкан» (модификация упражнения О.В. Хухлаевой)

Цель: снятие напряжения, повышение эмоционального настроения

Ребенок – «вулкан» – садится на корточки, сначала он спит, затем начинает тихо гудеть и медленно поднимается – просыпается. Психолог или группа помогает ему гудеть глухими утробными звуками – звуками земли. Затем он резко подскакивает, с громкими криками поднимая руки вверх, как будто выбрасывает все, что ему не нужно: страхи, злость, обиду и прочее.

Упражнение 4. «Одень страшилку» (модификация упражнения О.В. Хухлаевой).

Цель: работа с предметом своего страха.

Возраст: 5-11 лет.

Материалы: черно-белый рисунок страшного персонажа Бабы Яги, Волка, скелета и пр.), пластилин, зубочистка.

Время проведения: 20–40 мин.

Ребенку предлагается сделать страшного персонажа добрым, красивым, смешным с помощью пластилина разукрасить страшилку. Размазывание пластилина несет в себе эффект расслабления, через перенос внутреннего напряжения на объект страха. Затем с помощью стеки или зубочистки – волшебной палочки – ребенок рисует персонажу улыбку, тем самым превращая его в доброго.

Упражнение 5. «Амулет смелости» (авторская методика).

Цель: формирование у ребенка уверенности в своих возможностях.

Возраст: 5-15 лет

Материалы: арт-мусор (кусочки ткани, проволока, ветки, шишки, семена растений, ракушки, камушки, стеклянные камни, фантики, небольшие подарочные коробочки и пр.), клей, пластилин, цветная бумага, музыка для релаксации.

Время: 15-45 мин.

Ребенку предлагается сделать из различных материалов (арт-мусора) амулет, который символизирует его смелость, уверенность, решительность, а также будет защищать от страхов и помогать в разных сложных жизненных ситуациях (на контрольной, на олимпиаде). Психолог настраивает ребенка на важность и серьезность данного задания, если видит, что ребенок относится к этому скептически. Многие одаренные дети считают подобные задания легкомысленными и наивными, пытаясь логически объяснить невозможность воздействия такого амулета. Психолог может привести примеры из литературы, истории или из собственной жизни как действующие подобные вещи. В любом случае данное задание вызывает у ребенка интерес и даже если он не верит в

магическую силу созданного им амулета, бессознательно он на него надеется. Психолог говорит о том, что этот амулет может исполнять желания ребенка, главное уметь их правильно сформулировать и не принести вреда другим своим желанием. Поделку ребенок забирает домой.

Мы представили несколько упражнений, которые могут быть использованы для коррекции эмоционального состояния ребенка.

Применение арттерапевтических упражнений положительно воздействует на эмоциональную сферу одаренного ребенка, меняя его поведение, корректируя некоторые негативные его личностные особенности и развивая мыслительные процессы. Благоприятное эмоциональное состояние способствует развитию креативности у ребенка, его творческого потенциала и соответственно позитивному развитию личности.

Литература

1. Богоявленская, Д.Б. Рабочая концепция одаренности [Текст]: монография / Д. Б. Богоявленская. – МО, М., 1998 – 56 с.
2. Медведева, Е.А. Артпедагогика и арттерапия в специальном образовании [Текст]: Учебник для вузов / Е.А. Медведева, И.Ю. Левченко, Л.Н. Комиссарова, Т.А. Добровольская. – М.: Академия, 2001. – 248 с.
3. Моница, Г.Б. Ох уж эти одаренные дети. Талант и синдром дефицита внимания: двойная исключительность [Текст] / Г. Б. Моница, М. Рузина. – СПб.: Речь; М.: Сфера, 2010
4. Соколова, Т.А. Использование арт-педагогических технологий в работе с одаренными детьми / Т. А. Соколова // Методист. - 2008.-№ 10. - С.49-54.
5. Хухлаева, О.В. Практические материалы для работы с детьми 3 - 9 лет. Психологические игры, упражнения, сказки [Текст] / О В. Хухлаева. – М.: Генезис, 2003. – 172 с.

М.А. Карпенко, О.С. Колосова

**ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ РАННЕЙ ДЕТСКОЙ
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ И ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ
ПРИВЯЗАННОСТИ В РАМКАХ ПРОВЕДЕНИЯ СЕССИЙ
ПЕСОЧНОЙ ЮНГИАНСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ**

Областной центр диагностики и консультирования
г. Челябинск

Симптомы психических расстройств в настоящее время широко распространены и многообразны. Чаще всего они проявляются массивными страхами, паническими атаками, тяжелыми депрессивными расстройствами, агрессивным и самоповреждающим поведением, различными видами зависимости. Психиатрическая концепция выдвигает многочисленные гипотезы подобных расстройств. В основном они сводятся к изменениям в функционировании генетического аппарата, мозговых структурах и обменных процессов в ЦНС. На этом теоретическом фундаменте строится терапия психических заболеваний. На самом деле современная психиатрия не в состоянии обосновать свой тезис о том, что депрессии и другие психические расстройства являются болезнями в медицинском смысле. Несмотря на активные исследования, современная психиатрия до сих пор не представила четких выводов о том, почему же нарушаются процессы в ЦНС, приводящие к психическим расстройствам [6].

Многие авторы приходят к выводу о том, что в мире современной психиатрии предположения выдаются за истину, а пропаганда обретает статус науки. Итоги исследований, в том числе и в генетике скорее опровергают, чем подтверждают концепцию психических расстройств как болезни. Многие исследователи приходят к выводу о том, что гены включаются и выключаются в зависимости от ситуации и отношений между людьми. За последние 10 лет наиболее прогрессивные психиатры и психотерапевты внесли существенный вклад в понимание психических расстройств. В настоящее время существует по крайней мере 2 теории, которые помогают в поисках ответов на загадки необычных психических феноменов. Это концепция привязанности Д.Боулби и теория травмы. Концепция Д. Боулби о существовании системы привязанностей и об их влиянии на переживания и поведения человека находят все больше привер-

женцев во всем мире [3.9.7.8] Многочисленные теоретические и практические исследования авторов [3,4,6] блестяще подтвердили данную концепцию. Теория привязанности является научно обоснованной теорией, объясняющей, какие события серьезно и на длительное время травмируют или даже способны разрушить человеческую психику. Доказано, что паттерн привязанности повторяется в семейных отношениях родители-дети, а также и в партнерских отношениях повторяется то, что происходило в отношениях родителей со своими родителями. Если эти отношения были эмоционально фрустрированы или амбивалентны, люди чувствуют себя несвободными в поведении и надеются изменить прежде всего другую сторону. Собственное поведение и его мотивы находятся вне сферы сознания такого человека, поэтому сложившийся динамический стереотип, включающий всю систему поведения при патологических привязанностях самопроизвольно без психотерапии поменяться не может. Другими словами, здоровая психика знает почему она делает то, что делает, психика же человека с нарушенным типом привязанности не знает почему она делает то, что делает. Этот порочный круг может разорвать только психотерапия.

Теория травмы тесно взаимодействует с концепцией привязанности. Как и тело, человеческую психику можно травмировать. Эмоциональная депривация в семье, насилие и сексуальное злоупотребление являются одной из главных причин ранней детской психической травмы [6].

Травматизацию вызывают лишь события, превосходящие способность человека переработать тот или иной раздражитель. Этим травма коренным образом отличается от стресса. Ситуация становится травматичной, если человек не может с ней справиться. Если стресс, даже тяжелый со временем проходит, то последствия травматического опыта никогда не исчезают окончательно.

По меткому выражению О. Kernberg [12] травма оставляет никогда не заживающую рану, которую автор назвал «базовым дефектом» психики. В отличие от стресса, который мобилизует энергию для борьбы или бегства, травма вызывает блокаду энергетики, оцепенение, «заморозку» эмоций или внутреннее расщепление психики. Как пишет об этом Д. Калшед, расщепление сознает в психике систему множественной идентичности. При этом главными психиче-

скими структурами являются «истинное» Я (неповрежденная часть психики и «ложное» Я (носитель травматического опыта). Данные изменения носят бессознательный характер и человеком не осознаются. Эмоциональное возбуждение, вызванное травмой, вытесняется из сознательной памяти. Воспоминание о травме, как доказано рядом нейрофизиологов и нейропсихологов . [3.5.6] «отрезаются» на уровне нервных структур – синапсов, искусственно создается коллапс медиаторного обмена с формированием феномена алекситемии. Травмированная психика вынуждена изолировать травматический опыт для выживания индивида. Именно эта реальность раскола идентичности является ключом к пониманию человеческой души и психических нарушений. Травмированная система психики («ложное» Я) запоминает эмоциональный паттерн травмы, фильтрует информацию о возможных повторениях травматического опыта, распознает эти сигналы в потоке информации и не допускает их на уровень сознания и адекватного поведения. Не только психика, но и все тело сохраняет травматический опыт.

Учитывая все вышесказанное, диагностика нарушенной привязанности и травматического опыта становится возможной только в психотерапии проективного толка. Травму нельзя выразить словами. Травмирующий опыт блокируется системами нейромедиаторного обмена, поэтому ситуация травмы либо вообще не помнится, либо помнится фрагментарно. В пересказе травмирующий опыт выглядит фрагментарно, обнаруживая пробелы и скачки во времени. Кроме того, последние исследования выявили, что индивидуализация травмы зачастую не помогают разобраться в ее сущности. Часто мы имеем дело с людьми, особенно с детьми, не имеющих серьезных травм в анамнезе. Дети оказываются втянутыми в травму родителей. Как показали исследования, действие травмы не ограничивается конкретной личностью. Именно здесь мы видим четкую взаимосвязь между теоретическими положениями концепции травмы и концепции нарушения привязанности. Через патологические привязанности в семьях родителей травма передается из поколения в поколение . [6.7.8] Дети, несущие отпечаток родительской травмы, передают ее своим детям точно

также как и тип привязанности. К. Юнг в своих идеях о коллективном бессознательном предвосхитил связи травмы и нарушенной привязанности.

Метод Юнгианской песочной терапии является одним из важнейших методов для понимания психических структур личности. При этом он объединяет возможности проблемной диагностики с психологической коррекцией. Можно ли применять песочную терапию для диагностики травмы и репарации травматического опыта? Нами на базе Челябинского детского диагностического центра в течение ряда лет проводятся сессии семейной Юнгианской песочной терапии. В сессиях участвуют дети с девиантным поведением и их матери. Запросы родителей, в основном сводятся к тому, чтобы избавить детей от агрессивных девиантных проявлений в поведении. Как правило, дети являются пассивной стороной родительских желаний. Успех терапии, по нашему опыту, достигается лишь в случае, если мать в процессе терапии пытается осознать свой травматический опыт. Лишь осознание и проработка материнской травмы положительно влияет на аддикцию ребенка. Те матери, которые хотят изменить своего ребенка против его воли и не готовы взглянуть на себя со стороны, непременно наталкиваются на сопротивление ребенка и усиление его аддиктивного поведения. Главным принципом работы в Юнгианской песочной терапии в системе мать-ребенок заключается в освобождении заблокированных чувств между эмоционально связанными людьми. Если мать решает держаться в душе за свой эмоциональный травматический опыт, она неспособна создать защищающую привязанность со своим ребенком, тем самым, нанося ему эмоциональную травму. Раненый ребенок в матери или отце должен сначала выразить обиду и разочарование своими родителями, пережить это и только тогда поток любви может быть направлен ими на своего ребенка. Приводящие к травме события обычно скрываются или «забываются» вследствие работы защитных психологических механизмов. Между тем, песочный мир травмированной матери и ребенка почти всегда несложно диагностировать. Любой травматический опыт зачастую проявляется отщепленными частями песочного мира, появлением угрожающих или вызывающих отвращение персонажей. Песочная терапия дает возможность контролировать воспроизведение травматических

ситуаций, наблюдать ее трансформацию со стороны, активизировать эмоциональные ресурсы в семейной системе, дает возможность создания целительных ресурсных образов и освобождения от эмоциональных блоков, которые собственно и провоцируют девиантное поведение ребенка в патологической семейной системе.

Литература

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина: Принципы и практическое применение. – М.: Эксмо-пресс, 2002. – 350 с.
2. Биркхойзер-Оэри С. Мать как судьба. Журнал практической психологии и психоанализа. – №2, 2006.
3. Боулби Дж. Привязанность: Пер. с англ. / Общ. Ред. и вступ. статья Г.В. Бурменской. – М.: Гардарки, 2003. – 477 с.
4. Винникотт Д.В. Разговор с родителями. М.: Класс, 1994.
5. Калмыкова Е.С., Падун М.А. Ранняя привязанность и её влияние на устойчивость к психической травме : постановка проблемы. // Психологический журнал, 2002, Т.23, № 5.
6. Калшед Д. Внутренний мир травмы или архетипические защиты внутреннего духа. – М: Эксмо, 2000. 352 с.
7. Куттер П. Современный психоанализ. – СПб.: Б.С.К., 1997. – 426 с.
8. Лангмейер Й., МатейчекЗ. Психическая депривация в детском возрасте. - Прага: Авиценнум, 1984. – 334 с.
9. Лисина М.И. Проблемы онтогенеза общения. – М.: Педагогика, 1986. – 145 с.
10. Обухов Я.Л. Значение первого года жизни для последующего развития ребенка (обзор концепции Д. Винникотта) // Школа здоровья. 1997. №1. с. 24-39.
11. Юнг К.Г. Отношения между Я и бессознательным // Психология бессознательного. – М., Канон, 1994.
12. Kernberg, O.: New Perspectives in Psychoanalytic Affect Theory. Emotion (Ed. Kelleman H.) New York, 1990.

Т.И. Киреева, Е.Г. Курбатова, Д.Л. Терехина
**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КОМПЛАЕНТНОСТИ
ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ
ПАТОЛОГИЕЙ**

Самарский государственный медицинский университет
г. Самара

По данным ВОЗ, примерно половина хронически больных не выполняют медицинские рекомендации, а их готовность следовать рекомендациям врача резко падает уже через 6 месяцев после установления диагноза [1]. Приверженность лечению или комплаентность – один из факторов, влияющих на эффективность терапии. Следствием отсутствия сформированной приверженности лечению является прогрессирование заболевания, что, в зависимости от его тяжести, может привести к инвалидности или смерти больного.

Приверженность лечению, в свою очередь, также зависит от сочетания различных факторов, которые взаимно усиливают или ослабляют ее. Выявление этих факторов позволяет понять, почему больной не соблюдает медицинские рекомендации, и оптимизировать лечебную программу.

Важную роль в формировании приверженности соблюдению режима терапии играет личность больного. Здесь имеют значение как общие паттерны поведения, эмоционального реагирования, копинг-стратегии, так и более «узкоспециализированные» структуры, в частности внутренняя картина болезни. В ряду основных причин, по которым пациенты не хотят принимать лечение, находятся неправильное представление о лечении – страх развития зависимости, утраты контроля, прежний неблагоприятный опыт лечения и побочные действия лекарственных препаратов, естественно возникающее желание прекратить прием лекарственных препаратов при хорошем самочувствии [2].

В литературе представлены данные о коррекции приверженности лечению у пациентов неврологического, психиатрического, терапевтического профиля, у больных с острой хирургической патологией, но практически отсутствуют сведения о комплаентности пациентов с хроническими хирургическими заболеваниями. Между тем, правильная организация клиничко-психологической

помощи данному контингенту больных способна повысить эффективность их терапии и, тем самым, улучшить качество жизни, а возможно, и продлить саму жизнь. В связи с этим объектом нашего исследования стали индивидуально-психологические особенности пациентов хирургического профиля, находящихся на плановой госпитализации: уровень и структура тревожности, тип отношения к болезни, особенности фрустрационных реакций и системы копинг-стратегий. В качестве предмета исследования мы рассматривали связь указанных индивидуально-психологических особенностей с уровнем приверженности лечению у пациентов с хроническими хирургическими заболеваниями. Цель исследования состояла в разработке рекомендаций по психологической коррекции комплаентности пациентов данного профиля.

Процедура исследования осуществлялась на базе отделения госпитальной хирургии Клиник Самарского государственного медицинского университета. Критериями отбора в группу исследования были схожие условия пребывания и организации лечения, клинические особенности заболеваний, методы лечения (консервативная терапия или плановая операция). После анализа данных, полученных в ходе беседы с включенным наблюдением, анкетирования и анализа результатов психодиагностической методики на определение уровня приверженности лечению для участия в исследовании было отобрано 60 человек. Средний возраст пациентов, принявших участие в основном исследовании, составил 52 года (от 40 до 60 лет). Среди них: 35 женщин и 25 мужчин.

В ходе исследования были использованы следующие психодиагностические методики: 1) Методика на определение уровня приверженности лечению (Б.А. Ясько); 2) Интегративный тест тревожности (А.П. Бизюк, Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев); 3) Методика исследования типов отношения к болезни (А.Е. Личко, Н.Я. Иванов); 4) Медицинский тест рисуночной фрустрации (Н.И. Мельченко, А.А. Авдейчев, С.В. Горпиненко); 5) Методика для психологической диагностики копинг-механизмов (Е.Хейм). Математический анализ данных осуществлялся с применением критериев Спирмена, Манна-Уитни и Фишера.

Результаты проведения психодиагностической методики определения уровня приверженности лечению (Б.А. Ясько) на предварительном этапе отражены в таблице 1.

Таблица 1. Результаты диагностики приверженности лечению

Уровень приверженности лечению	Количество больных	Средний балл	Диапазон баллов
Низкий	29	3,70	0 - 5
Средний	23	7,55	6 - 9
Высокий	20	11,20	10 - 14

Представленные результаты показывают, что наибольшее количество больных, находящихся в хирургическом отделении на плановом лечении имеют низкий уровень приверженности лечению (41%).

Результаты проведения Интегративного теста тревожности в группах с низким, средним и высоким уровнем приверженности лечению представлены в таблице 2.

Таблица 2. Результаты диагностики ситуативной тревожности с помощью ИТТ

	Низкая комплаентность		Средняя комплаентность		Высокая комплаентность	
	СТС	СТЛ	СТС	СТЛ	СТС	СТЛ
Общий уровень	3,9	4,6	4,15	5,9	5,75	5,9
ЭД	2,95	4,75	2,6	6,2	4,0	6,0
АСТ	5,05	4,2	4,95	5,0	5,7	5,5
ФОБ	3,3	4,7	4,05	4,75	4,75	5,6
ОП	5,05	4,85	5,85	6,25	6,6	6,5
СЗ	4,25	4,4	5,45	5,65	5,6	5,75

Представленные в таблице 2 результаты показывают, что усредненные значения всех компонентов ситуативной тревожности во всех обследуемых нами группах не выходят за пределы нормы. При этом в группе пациентов с высоким уровнем приверженности лечению значения всех показателей несколько

выше, чем в других группах. Показатели компонентов личностной тревожности во всех группах не выходят за пределы нормы, но общий уровень личностной тревожности имеет самый высокий показатель в группе со средним уровнем комплаентности.

В соответствии с данными статистического анализа по критерию Манна-Уитни можно говорить о том, что пациенты со средним уровнем приверженности лечению переживают меньший эмоциональный дискомфорт по сравнению с пациентами с высоким уровнем приверженности лечению ($U=125,5$, при $p<0,04$), а в структуре личностной тревожности выявлено значимое преобладание компонента тревожной оценки перспектив у пациентов с высоким уровнем приверженности лечению ($U=139,0$, при $p<0,04$).

Результаты исследования методикой ТОБ представлены в таблице 3.

Таблица 3. Частота выявления блоков ТОБ в трех группах

Блоки ТОБ	Низкая комплаентность	Средняя комплаентность	Высокая комплаентность
I	24,71%	55,17%	35,48%
II	41,67%	24,14%	41,94%
III	33,33%	20,69%	22,58%

Наибольшая частота выявления ТОБ I блока обнаружилась в группе со средним уровнем приверженности лечению, т.е. у большинства данных пациентов болезнь не нарушает социальную адаптацию.

В группе с низким и высоким уровнями приверженности лечению преобладают ТОБ II блока, т.е. эмоционально-аффективный аспект отношения к болезни клинически выражается у них в реакциях по типу раздражительной слабости, в подавленном, угнетенном состоянии с «уходом» в болезнь или в отказе от борьбы - «капитуляции» перед заболеванием.

При сравнении с помощью критерия Фишера частоты встречаемости гармонического ТОБ в группах со средним и высоким уровнем приверженности лечению и частоты встречаемости в группе с низким уровнем приверженности

лечению были получены статистически значимые различия ($\phi^*_{\text{эмп}} = 2.903$ и $\phi^*_{\text{эмп}} = 2.239$ соответственно).

Результаты медицинского теста рисуночной фрустрации представлены, в таблице 4.

Таблица 4. Данные медицинского теста рисуночной фрустрации

Фактор	Низкая комплаентность	Средняя комплаентность	Высокая комплаентность
GCR	31,06	30,06	32,42
O – D	41,48	29,22	37,51
E – D	32,24	39,78	34,22
N – P	31,47	31,21	28,61
ΣE	41,29	33,53	28,62
ΣI	29,92	35,17	44,89
ΣM	28,11	24,99	21,07

Статистический анализ результатов доказал достоверное различие между группами с низкими и средним уровнем приверженности лечению по частоте встречаемости реакций с фиксацией на препятствии (O-D) ($U=139,5$, при $p<0,04$). Кроме того, доказано достоверное различие по частоте встречаемости интропунитивных реакций между группой с низким уровнем приверженности лечению и двумя другими группами ($U=137,5$ и $141,0$, при $p<0,04$).

Согласно результатам диагностики копинг-стратегий, у пациентов с низким уровнем приверженности лечению копинг-стратегия «обращение» встречалась чаще на 15%, чем у пациентов с высоким уровнем приверженности лечению и на 10%, чем со средним. У пациентов с высоким уровнем приверженности лечению копинг-поведение «сотрудничество» отмечалось на 25% чаще, чем в группе с низким уровнем приверженности лечению и на 10%, чем со средним. Статистический анализ с помощью критерия Фишера подтвердил достоверность различия в частоте использования поведенческих копинг-стратегий «сотрудничество» ($\phi^*_{\text{эмп}} = 2.239$) и «обращение» ($\phi^*_{\text{эмп}} = 1.885$) между группами с низким и высоким уровнем приверженности лечению.

Статистический анализ полученных результатов с помощью коэффициента корреляции Спирмена доказал прямую значимость связи уровня приверженности лечению и следующих показателей:

- выраженности компонента оценки перспектив (ОП) в структуре личностной тревожности ($p=0,05$);
- степени выраженности гармонического типа отношения к болезни ($p=0,07$);
- частоты интропунитивных реакций (I) в ситуации фрустрации ($p=0,08$);
- частоты использования такой копинг-стратегии, как «сотрудничество» ($p=0,08$).

На основании результатов исследования были сделаны следующие выводы о связи приверженности к лечению с индивидуально-психологическими особенностями пациентов с хронической хирургической патологией:

1) Пациентам с низким уровнем приверженности лечению присущи: низкий общий уровень ситуативной и личностной тревожности; частое обнаружение анозогнозического и ипохондрического типов отношения к болезни; склонность к экстрапунитивным реакциям с фиксацией на удовлетворении актуальной потребности; низкая частота использования копинг-стратегии «сотрудничество», преобладание когнитивной стратегии «диссмуляция», частое использование стратегии «обращение».

2) Пациентам со средним уровнем приверженности лечению присущи: средний уровень ситуативной и личностной тревожности; часто – гармонический тип отношения к болезни; высокая степень самостоятельности, принятия на себя ответственности за разрешение фрустрационной ситуации; преимущественное использование копинг-стратегии «сохранение самообладания».

3) Пациентам с высоким уровнем приверженности лечению присущи: незначительное превышение относительно двух других групп общих показателей ситуативной и личностной тревожности за счет компонента тревожной оценки перспектив; высокая частота гармонического типа отношения к болезни, а также типов с интрапсихической направленностью; переживание «собственной

вины в болезни»; высокая частота использования копинг-стратегии «сотрудничество».

Сравнительный анализ психологических характеристик пациентов дает основания предполагать предпочтительность среднего уровня приверженности лечению для наибольшей эффективности лечебного процесса. Пациенты со средним уровнем приверженности лечению занимают более активную позицию в отношении своего здоровья, более других склонны трезво оценивать свое состояние, без тенденций к гипо- или гипернозогнозии, демонстрируют лучший эмоциональный контроль, используют конструктивные копинг-стратегии.

На основании психодиагностических данных были разработаны рекомендации по психологической коррекции приверженности к лечению больных, имеющих хроническую хирургическую патологию.

Таблица 5. Задачи психологической коррекции с учетом уровня комплаентности

Низкая комплаентность	Средняя комплаентность	Высокая комплаентность
1. Устранение дефицита информации о болезни в виде позитивного информирования		
2. Снятие эмоционального напряжения		
3. Формирование активной позиции пациента, установки на лечение и выздоровление	3. Коррекция нереалистичных ожиданий пациента, связанных с высоким уровнем принятия ответственности за разрешение ситуации	3. Коррекция повышенного уровня тревожной оценки перспектив в структуре личностной тревожности
4. Устранение анозогнозии и формирование адекватного отношения к болезни		4. Коррекция неадаптивных типов отношения к болезни
5. Выработка новых поведенческих стратегий и навыков, расширение паттернов реагирования в ситуации фрустрации		5. Коррекция паттернов поведения в болезни.

Мероприятия, направленные на формирование приверженности, целесообразно начинать сразу после постановки диагноза и продолжать на протяжении всего времени наблюдения больного.

Несоблюдение рекомендованного терапевтического режима является серьезной проблемой при лечении хронических хирургических заболеваний. Выявление потенциальной склонности к нарушению режима лечения и применение стратегий, способствующих преодолению данной проблемы, являются неотъемлемыми элементами современного подхода к длительной терапии.

Литература

1. Гречко Т.Ю. Факторы, влияющие на комплаенс, в современных условиях психиатрии. // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2009. - №35. – С. 72-75

2. Littrell K., Jones-Vaughn J.E., MacFarlane J. Соблюдение режима лечения в психиатрии: что должен знать каждый врач, лечащий больных шизофренией (реферат). // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2005. - № 4. // http://old.consilium-medicum.com/media/psycho/05_04/238.shtml

Е.А. Мамлеева

**ПСИХОКОРРЕКЦИЯ КОММУНИКАТИВНЫХ И
ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У МЛАДШИХ
ШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО
АППАРАТА**

Областной центр диагностики и консультирования
г. Челябинск

Ребенок с церебральным параличом, впервые поступивший в школу, испытывает большие трудности в адаптации, трудности в общении со сверстниками, со взрослыми. Процесс общения с другими людьми у него протекает не просто.

Нельзя забывать, что у ребенка с церебральным параличом последовательность и темп созревания двигательных функций нарушен. Позднее формирование речи, ограниченный языковой опыт, грубые дефекты произношения закономерно приводят к недостаточному накоплению словаря, что также является одной из причин, затрудняющих процесс общения.

По результатам психологических исследований можно также сделать вывод, что для ребенка с НОДА характерна замедленность психических процессов, ригидность мыслительной деятельности, истощаемость. Все это накладывает отпечаток на его эмоционально-волевою сферу, коммуникативную деятельность. Структура личности этих детей отличается дисгармоничностью, неравномерностью развития различных ее компонентов.

Общение играет огромную роль в психическом развитии ребенка. Вот почему дефицит общения в раннем возрасте крайне отрицательно влияет на судьбу человека. И, наоборот, активное общение способствует ускорению развития детей. Потребность в общении не является врожденной. Важнейшим фактором ее развития служит поведение взрослого.

Потребность ребенка в общении с другими детьми выявляется на третьем году жизни. Она строится на потребности детей в новых впечатлениях, в общении со взрослыми. После шести лет в жизни и поведении ребенка многое меняется. Он становится более независимым от родителей, приобретает чувство собственного достоинства, хочет, чтобы его уважали, тянется к сверстникам. В

период от 7 до 11 лет именно общение является залогом успешной учебы. Это необходимо знать и понимать педагогам и родителям.

Практика работы с детьми, имеющими отклонения в интеллектуальном развитии (возраст от 7 до 10 лет), наблюдения, исследование процесса формирования эмоционально-волевой сферы и уровень состояния коммуникативной деятельности, позволяет сделать следующие выводы:

1. Такие дети не эмоциональны. Слабость интеллектуальной регуляции чувств проявляется в том, что эти дети ничем не корректируют своих чувств согласно ситуации. К примеру, они долго не могут найти утешение после какой-либо обиды.

2. Эмоции, реакции школьников с интеллектуальными отклонениями порой неадекватны, непропорциональны воздействиям внешнего мира по своей динамике. Так, у одних детей можно наблюдать чрезмерную легкость и поверхностность переживаний серьезных жизненных событий, быстрые переходы от одного настроения к другому, у других – и они встречаются чаще – чрезмерная сила и инертность переживаний, которая возникает по малосущественным поводам.

3. Недостатком в общении, проявлением незрелости личности школьника с интеллектуальными отклонениями является большое влияние эгоцентрических эмоций на оценочные суждения. Наиболее высоко ребенок оценивает тех, кто ему приятен, кто ближе к нему. Что приводит к несформированности адекватной самооценки.

4. У таких детей с трудом и с опозданием формируются высшие духовные чувства: чувство долга, ответственности, любви. Формирование их предполагает слияние чувств и мысли. Именно слабость мысли тормозит формирование, развитие этих высших чувств. Такие чувства, я думаю, могут быть воспитаны у детей с интеллектуальными отклонениями.

5. Ребенок с церебральным параличом зачастую неверно понимает эмоциональное состояние окружающих его людей и не откликается на эмоциональное состояние другого человека.

6. Недоразвитие в эмоционально-волевой сфере приводит к стойким проявлениям патологических состояний: дисфории, депрессии, экзальтациям.

Таким образом, мы видим, что существует острая необходимость в создании и проведении целенаправленных коррекционно-развивающих занятий для работы с детьми, имеющими проблемы в интеллектуальном развитии и проблемы в общении. Думается, что разработанная нами программа поможет как детям, так и педагогам.

Её цель – подготовка младших школьников к адаптации в обществе через формирование коммуникативных способностей.

Работая над данной программой, автор стремился обратить внимание участников образовательного процесса на решение следующих задач:

- развитие эмоционального самоконтроля и адекватности реагирования в ситуациях взаимодействия;
- формирование адекватного целостного отношения к себе и к миру;
- развитие рефлексии;
- развитие вербальных и невербальных способов общения;
- снятие эмоционального напряжения, тревоги;
- развитие эмпатии.

Методологической базой программы являются такие теории как: гуманистическая концепция личности, культурно-историческая теория Выготского Л.С., а также здоровьесберегающий принцип обучения и воспитания детей с проблемами в развитии. В основе разработки программы лежит принцип учета возрастных и личностных психолого-педагогических особенностей детей; принцип системности, который соблюдается благодаря тому, что психологическая коррекция осуществляется в комплексе с другими видами коррекции (педагогическая, лечебно-оздоровительная, логопедическая).

Программа предназначена для групповой коррекционной работы учителя-дефектолога, педагога-психолога с младшими школьниками с НОДА и интеллектуальной недостаточностью.

Сроки и временной режим занятий: общая продолжительность курса – 11-12 занятий; время одного занятия 20-25 минут; периодичность занятий 2 раза в неделю.

Исходя из цели программы, в качестве основного параметра эффективности коррекционной работы, мы рассматриваем состояние коммуникативной сферы учащихся начального звена с нарушением интеллекта и НОДА. Понятие «коммуникативная сфера» включает в себя состояние эмоционального статуса ребенка, волевую саморегуляцию, степень социальной адаптации к обществу. Именно в начальном звене необходимо уделять особенно большое внимание развитию эмоционально-волевой и коммуникативной сферы учащихся с целью дальнейшей социализации ребенка в общество.

Эффективность коррекционной работы анализируется нами по результатам двух диагностических срезов (перед проведением занятий и после курса занятий). Изучаются следующие параметры:

- личностные особенности ребёнка: способность к установлению контакта, эмоциональная зрелость, тревожность, волевая саморегуляция (методика Кетелла);
- самооценка (методика Дембо-Рубинштейн, апробация Прихожан А.М.);
- эмоциональный статус и восприятие своей позиции в семье (проективный рисуночный тест «Моя семья»).

Коррекционная работа начинается со встречи с родителями, чьи дети имеют проблемы в коммуникативной сфере, целью которой является ознакомление взрослых с результатами диагностики и необходимостью участия их детей в работе коррекционной группы.

Чтобы добиться успеха, необходимо выполнить ряд требований к созданию материально-предметной среды. Занятия по психологической коррекции должны проводиться в специально оборудованном кабинете, а не в обычном учебном. Основные требования к кабинету при этом следующие:

1. Уют, камерность обстановки (наличие коврового покрытия или ковра на полу; мягкой мебели - кресла, дивана, затемнение).

2. Возможность изменения среды посредством перемещения мебели (столы и кресла); изменения освещения.

Оснащение и оборудование:

1. ТСО (магнитофон, аудиозаписи с релаксационной музыкой).

2. Наборы цветной бумаги, карандаши, краски, фломастеры, бумага для рисования, ножницы т.п.

В ходе коррекционной работы используются следующие психотерапевтические (музыкотерапия, игротерапия) и педагогические методы.

1. Игра

2. Психогимнастика.

3. Рисование.

4. Релаксация.

5. Беседа и дискуссия.

6. Конкурсные задания.

7. Визуализация.

После завершения коррекционных занятий с родителями проводится заключительная беседа, где специалист подводит итоги коррекционной работы, обсуждаются произошедшие в ребенке изменения. Родители заполняют анкету, отражающую эффективность проведенного курса.

Ответы родителей на анкету, без сомнения, оказывают специалистам, ведущим коррекционную работу, неоценимую помощь в дальнейшей работе. С каждым годом процент учащихся с положительной динамикой после проведенных занятий увеличивается. Это дает нам право утверждать: данная программа является эффективным и оптимальным способом коррекции эмоционально-волевой сферы детей с нарушением опорно-двигательного аппарата и интеллектуальной недостаточностью.

А.Н. Попов, А.А. Склизков
**ИЗМЕНЕНИЯ В ПОВЕДЕНИИ ДЕТЕЙ 5-11 ЛЕТ С
ИМПУЛЬСИВНЫМИ И ОППОЗИЦИОННЫМИ ПРОБЛЕМАМИ
ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ТРЕНИНГА РОДИТЕЛЬСКОЙ
КОМПЕТЕНЦИИ**

МОУ «Средняя общеобразовательная школа № 619»

г. Санкт-Петербург

На выборке из 22 родителей, проходивших тренинг родительской компетенции по модели бихевиоральной терапии Р. Баркли, проведен анализ динамики проблемного поведения детей, а также выявлены некоторые особенности реакций родителей, существенных с точки зрения помощи детям.

Проблемы в поведении детей младшего школьного возраста представляют собой существенную трудность для родителей и педагогов, серьезно затрудняя адаптацию ребенка к школе. У импульсивных, агрессивных и оппозиционных к требованиям педагогов (родителей) детей возникают трудности в обучении, эмоциональные проблемы, конфликты с родителями и часто отвержение со стороны сверстников.

Поведенческие проблемы таких детей могут являться выражением вызывающего оппозиционного расстройства (F91-3 по МКБ). Его частота по разным данным оценивается до 8% у детей младшего школьного возраста [1].

Вызывающее оппозиционное расстройство часто является коморбидным расстройством при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью (по МКБ-10 – гиперкинетическое расстройство поведения МКБ 90.1), образуясь примерно у половины всех детей в возрасте 7 лет и старше [8]. Такие дети отличаются упрямством, нетерпеливостью, тенденцией не подчиняться справедливым требованиям родителей или педагогов.

Обнаружено, что при терапии детей, страдающих от синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) методы, относящиеся к арсеналу гуманистической психологии, либо попытки проведения когнитивных стратегий для детей не дали сколько-нибудь ощутимого эффекта [9].

Одной из попыток объяснения данного факта является предположение о превербальных нарушениях торможения у данных детей, не дающих эффективно использовать методы, включающих в себя рефлексивную и вербальную проговаривание. В то же время имеются исследования, показывающие, что классическое подкрепление социально приемлемого поведения и торможение неприемлемого является одним из наиболее эффективных методов коррекции (наряду с медикаментозным лечением).

Обучение родителей навыкам формирования правильного поведения у ребенка оценивается в литературе как менее результативная терапия в сравнении с прямым формированием поведения у ребенка действиями терапевта. Вместе с тем необходимость генерализации навыков требует обучения именно со стороны родителей и педагогов [9].

В основе родительского образования лежат три основных теоретических подхода: адлеровская индивидуальная психология, роджерсовская гуманистическая психология и скиннеровский бихевиоризм [2].

Поведенческая коррекция более эффективна для детей младше 12 лет [9].

В основе родительского образования лежат три основных теоретических подхода: адлеровская индивидуальная психология, роджерсовская гуманистическая психология и скиннеровский бихевиоризм [2].

Адлеровцы (в частности, Р.Дрейкурс) основывают образование родителей на анализе «ошибочных целей» детского поведения и последующей их коррекции, изучению семейной атмосферы и введении «естественных и логических последствий» [Дрейкурс].

Гуманистический подход дал толчок тренингу родительской эффективности Т. Гордона [4], основанный на партнерских отношениях с ребенком, активном слушании и я-сообщениях.

Бихевиористы наделяют родителей авторитетной и ответственной ролью, формирующей вознаграждения и санкции для управления детским поведением. В этом подходе не приемлема туманность, правила и ожидания должны быть четкими, следует прежде всего обеспечить подкрепление правильного поведения.

ния, в дальнейшем вводя умеренные санкции при отклонении поведения от требуемых границ. Бихевиоральный принцип настаивает на поэтапности обучения ребенка новому поведению. Необходимо также ограничение нефункциональных вмешательств в действия ребенка (ненужная опека и критика, негативные замечания и пр.), т.к. они мешают формированию правильного поведения.

Можно отметить существенные разногласия между гуманистическими линиями в предлагаемых родителям стратегиях и более авторитетных поведенческих линиях. Можно считать важным методическим вопросом выбор линии взаимоотношений как партнерство/лидерство родителя. Выбирая свой подход, стоит учесть, что ребенок несомненно нуждается для формирования собственных волевых качеств в четком руководстве взрослого с постепенным переходом к самостоятельности. Стоит вспомнить идеи Л.С. Выготского о том, что «основные формы речевого общения взрослого с ребенком позже становятся психическими функциями» [3]. Партнерство как форма отношений с ребенком замечательна, однако коррекция оппозиционных и импульсивных действий ребенка требует четких границ, которые ставит и удерживает родитель, поощряя ребенка к соблюдению их [1].

Как отмечает К.Бремс, «одна из потенциальных проблем родительских образовательных программ – то, что некоторые родители абстрактно понимают получаемую информацию... некоторые программы оставляют у родителей не только растерянности, но даже снижают их уверенность...» [1].

К. Бремс указывает на необходимость создания атмосферы сотрудничества с родителями как ключевому фактору освоения родительских стратегий [1].

Другие авторы [7] также подчеркивают важность снижения у родителей напряженности, используя элементы аутотренинга и релаксации.

Ряд авторов [7] считают, что многие методы психотерапии, могут быть пригодны в терапии гиперактивных детей, в то время как другие полагают, что эмпирически обоснованной является лишь применение поведенческой терапии [9].

Мы сочли необходимым проверить эффективность помощи детям с проблемами оппозиционного и гиперактивного круга в ходе тренингового обучения родителей методам формирования поведения. Важно также попытаться определить вклад в результат различных факторов программы, таких как обучение навыкам и предоставление эмоциональной поддержки со стороны ведущего и участников группы. Следовало оценить, будет ли достаточно использовать поведенческие методы без опоры на активное слушание и партнерское общение с ребенком.

Нами (Поповым А.Н. и Склизковым А.А.) была адаптирована программа Р. Баркли и К.Бентон [1]. На базе одной из школ г. Санкт-Петербурга были набраны три группы родителей. В целом в состав групп вошло 34 родителя. Возраст детей составлял от 7 до 11 лет. В группах были только матери (либо официальные опекуны в роли матери). 56% из них пришли в связи с проблемами мальчиков и 44% - девочек. Основной жалобой на собеседовании было «ребенок не слушается». На организационной встрече родители заполняли анкету, в которой отмечали те ситуации, в которых ребенок проявляет непослушание с родителем и степень непослушания (авторы анкеты – Р. Баркли и К. Бентон [1]).

Всего было проведено 8 занятий в каждой группе. Длительность каждого занятия составлял 90 минут, интервал между занятиями составлял одну неделю.

Структура занятий представляла собой:

- 1) обсуждение выполнения домашней работы (отработки определенного навыка по плану работы);
- 2) упражнения мышечной релаксации и аутотренингу;
- 3) знакомство с новым навыком (объяснение, демонстрация, обсуждение в группе; ролевые игры)
- 4) формулирование домашнего задания.

На последнем занятии участники заполняли анкету [1] по той же форме, что и на первом занятии. Было проведено сравнение ответов одних и тех же участников на вопросы анкеты до и после тренинга.

Всего получены ответы на обе анкеты от 21 участника тренинга (Часть участников не присутствовала на последних занятиях). Данные приведены в табл. 1.

Оценка давалась родителями в баллах по тому, насколько трудно в данной ситуации повлиять на ребенка. Балл 1 соответствовал оценке «достаточно легко», балл 5 – «чрезвычайно трудно».

Из таблицы видно, что родители оценивают поведение детей после тренинга как значительно более благополучное (суммарный балл «непослушания» после тренинга примерно в 3 раза меньше исходного).

Мы провели также анализ того, как родители оценивают поведение детей в различных ситуациях до и после тренинга.

Наиболее трудной ситуацией по средним оценкам родителей являлись ситуации «играет с другими детьми» (3,6 балла) «перед сном» (3,6 балла), и «когда надо делать домашнее задание» (3,6 балла). Максимальная динамика как уменьшение баллов непослушного поведения ребенка после тренинга наблюдалась по таким ситуациям, как «перед сном»(-2,3 балла), «когда вы говорите по телефону» (-2,3 балла) и «когда вы смотрите телевизор» (- 2,2 балла). Из полученных ответов можно предположить, что у детей могли наблюдаться проблемы возбудимости, мешающей им в ситуациях игры с другими детьми, засыпать и делать домашнее задание.

Таблица 1. Сравнение выраженности непослушного поведения детей до и после проведения тренинга с родителями.

А. Средний суммарный балл до тренинга (сумма баллов от 1 до 5 по данному ребенку по всем проблемным ситуациям)	31,5
В. Средний суммарный балл после тренинга	10,3
С. Средняя динамика в баллах $C=B-A$	21,2
Процент динамики	67%

Средняя оценка участниками тренинга полезности участия в нем составляет 4,8 балла (оценка проводилась по 5-балльной шкале, где 1 – минимальная оценка полезности, 5 – максимальная оценка полезности).

При ответах на вопрос анкеты «Что больше всего Вам запомнилось в этом тренинге» 35% участников подчеркивают важность для родителей понимания того, что родители выполняют лидерскую роль, давая задания и ставя необходимые границы, например, «Мне полезно было узнать, что не во всех ситуациях с ребенком надо быть на равных». Заметно было, что родители позитивно воспринимают авторитетную роль родителя и считают, что это помогает детям адекватно выстроить свое поведение. В 45% ответов отмечается важность обмена мнениями с другими родителями, получения поддержки и информации от них. Частота этих тем говорит об актуальности направленности тренинга на формирование родительской роли как авторитетного (но не авторитарного) наставника для ребенка.

Следует отметить, что по нашим наблюдениям наиболее трудными для родителей были занятия, начиная с 4 и далее. Отмечалось наибольшее количество пропусков, опозданий на занятия и не полностью выполненной домашней работы. Мы связываем это с тем, что на этих занятиях необходимо провести достаточно серьезную работу по организации структуры поощрения ребенка, что непривычно для неорганизованного стиля поведения родителей. Следует учесть в дальнейшем это при планировании тренинга, давая больше поддержки родителям. Стоит также отметить то, что необходимо исключить гало-эффект, влияющий на ответы родителей (т.е. их склонность преувеличивать сдвиги в поведении детей вследствие высокой позитивной оценки атмосферы группы и ведущих).

Очевидно, что совершенно необходимо проведение дополнительных исследований устойчивости данных изменений у детей спустя определенное время. Стоит в дальнейшем также больше полагаться на иные, независимые от родителей оценки изменений в поведении детей (например, наблюдений педагогов).

Выводы:

1. Данное исследование подтверждает эффективность поведенческого подхода к коррекции импульсивных и оппозиционных проблем у детей младшего школьного возраста.
2. Родители позитивно относятся к поведенческому подходу и авторитетной позиции родителя.
3. У родителей отмечаются трудности при структурировании своего поведения с детьми, особенно на стадии использования поощрений («жетонная система»), что следует принять во внимание при проведении занятий.
4. Следует учитывать оценить устойчивость полученных результатов в дальнейших исследованиях.

Литература

1. Баркли Р., Бентон К. Ваш непослушный ребенок. – СПб.: Питер, 2004.
2. Бремс К. Полное руководство по детской психотерапии. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002.
3. Выготский Л.С. Психология развития человека. – М.: Изд-во Смысл; Эксмо, 2005.
4. Гордон Т. Курс эффективного родителя. Как воспитать в детях чувство ответственности. – М.: Изд-во Ломоносовъ, 2010.
5. Дрейкурс, Р. Счастье вашего ребенка / Р. Дрейкурс, В. Золц. – Москва : Прогресс, 1986.
6. Международная классификация болезней МКБ-10 www.medicalib.ru
7. Моница Г. Б., Лютова-Робертс Е. К., Чутко Л. С. Гиперактивные дети: психолого-педагогическая Помощь. Монография. – СПб.: Речь, 2007.
8. Мэш Э., Вольф Д. Детская психопатология. Нарушения психики ребенка. – СПб.: Изд-во ПРАЙМ-Еврознак, 2003.
9. Психотерапия детей и подростков. 2-е издание / Под ред. Ф. Кендалла. – СПб.: Питер, 2002.

О.В. Рычкова
СОЦИАЛЬНОЕ ПОЗНАНИЕ И ШИЗОФРЕНИЯ
Белгородский государственный университет
г. Белгород

Тема нарушений социального познания при шизофрении в последние годы настолько актуальна в западной литературе, что стала практически новой психологической парадигмой шизофрении. Это направление исследований соединило клинический опыт, психоаналитические модели шизофрении, данные экспериментальной психопатологии, концепцию нейрокогнитивного дефицита и его последствий для социального функционирования больных, исследования госпитализма и другие. Обычно исследования включают изучение: нарушений, затруднений восприятия лицевой экспрессии и эмоций; несформированности так называемой Theory of mind (ТоМ) или «Модели психического» – способности понимать состояние и мысли другого человека; сложности понимания социальных ситуаций; нарушения атрибутивного стиля (сопутствующие бреду); патологию собственного «Я» больного (С.Д. Frith, М.Ф. Green, D.L. Penn, Р.В. Corrigan, D. Combs, S. Baron-Cohen, R. Corcoran, М. Brüne и др.).

В отечественной патопсихологии также в 80–90-е гг. был проведен ряд высоко эвристичных исследований понимания больными шизофренией социальных ситуаций, выявившее недостаток данной способности, неумение предвидеть развитие взаимодействия, строить адекватные ситуации реплики, отсутствие сценариев развития ситуаций, трудностей распознавания эмоций (Н.С. Курек, Н.Г. Гаранян, Д.Н. Хломов, Е.И. Елигулашвили, др.). В ряде отечественных работ удалось содержательно раскрыть механизмы такого рода нарушений, связанные с неспособностью больных принять роль другого человека и использовать культурный опыт (Б.В. Зейгарник, А.Б. Холмогорова, В.П. Критская, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Поляков, др.). К сожалению, в дальнейшем эти работы были прерваны на длительный период, и сейчас настало время продолжить исследования. В то же время, продолжение исследований должно опираться на уже накопленный багаж знаний, эмпирических данных и концептуализаций, в

том числе представляемых мировым научным сообществом, при адекватной теоретической и методологической оценке работ, выполненных в другой традиции.

И как показывает анализ, такого рода интегрирующие работы появляются в области исследования социальной компетентности больных шизофренией (Левикова Е.В.), изучения эмоционального интеллекта (ЭИ) при психопатологических состояниях (Тхостов А.Ш., Плужников И.В.), нарушений ТоМ при расстройствах аутистического спектра (Лебедева Е.И., Прусакова О.А.). Особенно адекватными задаче изучения патологии социального познания являются концепты «социальный интеллект» (СИ) и «эмоциональный интеллект» (ЭИ), активно разрабатываемые в общей и возрастной психологии (Д.В. Ушаков, Д.В.Люсин, С.С. Белова и др.), ставшие основой большого числа эмпирических исследований.

Методический инструментарий, используемый для диагностики СИ и ЭИ широк и разнообразен, актуален вопрос о валидации методик. Нам же хочется подчеркнуть, что данные проведенных нами исследований показали не только наличие нарушений СИ и ЭИ при шизофрении, но столь значительную их выраженность, тотальность и независимость от клиники и динамики состояния, что идея об их трактовке как основы психопатологического диатеза ничуть не кажется нам чрезмерной. Данные нарушения определяют дефициты социального функционирования больных отчетливее, нежели собственно клиника, но поскольку они частично поддаются коррекционному воздействию, появляется реальная возможность психологической помощи больным шизофренией, о чем раньше всерьез не могло идти и речи. Создание диагностических процедур, адекватных клиническому контингенту и коррекционных программ, позволяющих влиять на дефициты социального познания – перспективная и оправданная задача для современной клинической психологии.

Д.Н. Сучилина
**РОЛЬ СОЗДАНИЯ ОБРАЗА ТЕЛЕСНЫХ ОЩУЩЕНИЙ
В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ
С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Научно-исследовательский университет
Высшая школа экономики, факультет психологии
г. Москва

На сегодняшний день все больше внимания привлекает к себе тема психосоматики и соответствующих нарушений. Исследования, направленные на их изучение, позволяют с уверенностью утверждать, что эти аспекты телесных заболеваний и феноменов должны учитываться при их лечении в медицинской практике, также как в психотерапии психосоматические симптомы не должны обходиться вниманием при работе с личностными проблемами и отклонениями.

Несмотря на то, что проблема телесности в широком смысле слова в психологии зародилась достаточно давно – еще в трудах первых психоаналитиков – на сегодняшний день нет единого теоретического обоснования работы с телесными образами в психотерапии, что подчеркивает теоретическую значимость структурирования представлений об использовании образа телесных ощущений в психотерапии.

Существуют десятки подходов и направлений, интересующихся исключительно телесно-ориентированными психотерапевтическими практиками, во многих других психологических школах существуют специализированные приемы и техники, направленные на работу с физическими ощущениями и отношением к своему телу. Тем не менее, большой разброс в концепциях и позициях приводит к тому, что остается без ответа главный вопрос: зачем? Зачем смешивать проработку личностных проблем с телесной работой? Почему именно тело должно служить источником информации о внутреннем мире человека?

Чтобы иметь возможность выделить функции, которые выполняет обращение к телесности в психотерапии, необходимо подробнее рассмотреть возможные подходы к такой работе. Наряду с другими видами образов, выступающих в качестве инструментов психотерапевтической работы, образ тела –

это также инструмент выражения субъектности клиента в психотерапии, но он обладает рядом особенностей, которые сильно отличают его от вербальных или, например, художественных образов. В качестве организующего компонента для рассмотрения его использования в терапии будут выступать языки психотерапевтической работы. Поскольку цель создания того или иного образа в психотерапии это, прежде всего, выражение субъективного содержания, личного смысла клиента, язык, используемый для этого в работе, «тяготеет к метафоризации» [3, с.89]. Весь процесс образного выражения субъектности клиента происходит на трех уровнях, которые можно обозначить как знаковый, метафорический и символический [8].

Самый простой, поверхностный, доступный – и, вероятно, наименее эффективный для психотерапевтической работы, – это уровень знака. Как единица выражения субъектности знак выступает в качестве показателя самоопределения человека «как некого, обладающего теми или иными качествами социального индивида, попадающего под различные общепринятые категориальные обозначения: «студент», «домохозяйка», «блондинка», «невротик» и т.д.» [3, с.90]. Знак закрепляет за человеком определенные паттерны поведения, чувствования, мышления, которые являются характерными для соответствующей категории. Знак можно считать инструментом в таких видах терапии, которые раскрываются в основном на вербальном уровне. Только затем, в ходе совместного с терапевтом переосмысления этих фактов происходит «развенчание» сложившихся мифов.

Если говорить о знаковом уровне самовыражения, то он лишь отчасти применим к работе с телом в психотерапии. Однако при работе с психосоматическими заболеваниями бывает необходимо зафиксировать в сознании клиента сам факт наличия болезни, и это бывает большим шагом для начала внутренней работы. Иногда работа, ориентированная на телесные образы, бывает направлена на констатацию симптома и на выявление реально существующих проблем с дыханием или двигательными паттернами, которые в медицинской практике не стали бы рассматриваться как признак нездоровья – и такая работа

также имеет отношение к образам-знакам. Кроме того, работа с телом на знаковом уровне позволяет клиенту осознать свои потребности в каждой конкретной ситуации, не только тактически, в данный момент, но и стратегически, то есть с учетом далеко идущих последствий.

К методам, работающим с образом тела на уровне знака, можно отнести метод М.Фельденкрайза и Розен-метод, поскольку их основной особенностью является отсутствие необходимости интерпретировать, объяснять и анализировать взаимосвязи. В процессе работы проясняются и постепенно снимаются ограничения движений, так же как в вербальной терапии предьявляется и постепенно развенчивается миф, выраженный клиентом.

Вторым, более эффективным и гораздо более распространенным в психотерапии средством выражения субъектности является метафора. В психотерапии метафора выступает в качестве средства «установления нового смыслового соответствия каким-то определенным признакам между двумя различными содержаниями, одно из которых предьявляется клиентом – осознанно или неосознанно» [11, с.123]. Интегративная функция метафоры заключается в том, что она объединяет «отчуждаемые части и детали в целостную картину (концентрация сущности явления) и формирует доступ к структуре опыта или переживания» [2, с.44]. Таким образом, она позволяет восстановить целостную картину переживания или события, воссоединяя ранее утраченные элементы восприятия.

Неудивительно, что в психотерапевтической работе с телесными содержаниями именно метафора является наиболее распространенным средством: само понятие «психосоматики» подразумевает наличие связи, сопоставления. Телесные ощущения, проявления и патологии соотносятся с определенными закономерностями образа жизни, способов взаимодействия, внутренними психическими процессами. В связи с этим суть телесной работы в психотерапии – это прежде всего метафоризация телесного содержания и проживание симптома как модели внутренних нарушений. Следовательно, психотерапия заключается в том, чтобы «по принципу обратной связи проводить коррекцию психологических проблем пациента, помогая ему осознать и принять вытесненные ас-

пекты личности, интегрировать их как части его глубинной сущности. Важно отметить, что целью терапии в данном направлении является не устранение симптомов, а скорее их освещение: их необходимо сделать доступными для осознания и переживания, чтобы их можно было соотнести с невротическими и патологическими чувствами и паттернами поведения, смыслами и ценностями клиента. Попытка метафоризировать телесные проявления имеет в данном случае своей целью представить реакции тела как модель: «любое конкретное телесное проявление человека можно рассматривать как форму существования личной модели опосредствования жизнедеятельности» [11, с.126].

Логично, что к подходам, которые работают с телесностью на метафорическом уровне, можно отнести психотерапевтические школы, родившиеся из классического психоанализа. Прежде всего, это вегетотерапия Райха, в которой система защитных механизмов, опосредованных детским травмирующим опытом, называется «защитным панцирем» и постепенно осознается клиентом через дыхание, движения и обращение к ощущениям тела. Далее, вегетотерапия дала начало другим телесно-ориентированным подходам, таким как биоэнергетика Лоуэна и биосинтез Боаделлы. В этих подходах предлагаются несколько иные метафоры работы, однако цель остается прежней: необходимо осознать телесные паттерны, соотнести их с опытом прошлого или с текущими личностными трудностями и нарушениями. Такое осознание даст ключ к пониманию единства личности и тела и выведет патологические содержания из области бессознательного.

Кроме того, говоря о работе с телесными метафорами, нельзя обойти стороной гештальт-терапию. В этом подходе симптом (любой, не только телесный) рассматривается как показатель того, как клиент организовал свой контакт со средой, каков привычный способ его взаимодействия с собой и окружающим миром [9]. Таким образом, симптом становится моделью системы отношений и ригидных образований личности. С точки зрения психотерапии психосоматических нарушений гештальт-подход представляет большой интерес: «Целью психотерапевтической работы является снятие блокировки и стимулирование про-

цесса развития человека, реализация его возможностей и устремлений за счет создания внутреннего источника опоры и оптимизации процессов саморегуляции» [6, с. 324]. В гештальте есть представление и о нарушениях течения энергии, необходимой для удовлетворения потребностей и для развития, для обеспечения согласованности между физиологическими и психическими процессами и поддержания внутреннего гомеостатического равновесия.

Среди отечественных подходов, использующих телесные образы для работы с психосоматическими нарушениями, можно выделить соматопсихотерапию А. Ермошина, в которой принципиальное значение имеет концентрация на телесных ощущениях и образное их выражение как основа дальнейшей терапевтической работы [5], а также технику БЭСТ (биоэнергосистемотерапии) Е. Зуева, где массажная работа терапевта («оператора») сочетается с восточными учениями о чакрах, астральном и других телах, меридианах энергии и требует от клиента обратной связи об образах, возникающих у него в ответ на действия терапевта.

Наконец, третьим и самым, пожалуй, интригующим и захватывающим инструментом образного выражения субъективных содержаний является символ. Посредством символизации человек прикасается с иными реальностями: божественной, бессознательной, сверхъестественной – и получает возможность трансценденции за пределы психологических рамок самоопределения. Такие образы интересны для психотерапевтического процесса тем, что, независимо от намерения клиента, они могут выразить что-то совершенно иное, неожиданное для него самого – и потому более откровенное и глубокое. В связи с этим символические образы способствуют коренному внутреннему преобразованию, «смене смысловой перспективы, новому взгляду на существующую проблему или «высвобождению» новой, более актуальной и значимой проблематики» [3, с. 101].

Под символикой же тела в психологии понимается «телесное выражение внутреннего состояния и особенностей человека» [10, с. 20]. С одной стороны, символика отражает телесные сигналы, с другой – имеет дело с вербальными и невербальными выражениями, определяющими телесные функции. Символика изначально по определению иррациональна и безоценочна и затрагивает в

большей степени первые два уровня внутренней картины болезни - уровень непосредственно-чувственного отражения болезни (обусловленные болезнью ощущения и состояния) и эмоциональный уровень (непосредственные эмоциональные реакции на обусловленные болезнью ощущения и эмоциональные реакции на последствия болезни в жизни человека). Символика не является итогом логических рассуждений, поэтому интеллектуальный уровень в символике заболевания исключен. Рациональная оценка своего заболевания и соответствующее изменение мотивов и поведения – это скорее следствие успешного освоения пациентом процессов метафоризации и символизации болезни, чем составляющие самого понятия символики.

Из этого следует, что символику заболевания можно выделить как одну из составляющих внутренней картины болезни, как дополнительный уровень, включающий в себя сензитивный и эмоциональный аспекты ВКБ и предваряющий интеллектуальную оценку человеком собственного заболевания. Важным моментом работы именно с телесными символами является отсутствие необходимости их интерпретировать. Здесь важно скорее выразить состояние, погрузиться в него, максимально отстранившись от осмысления и рационализации. Такое чистое непосредственное погружение дает возможность прикоснуться к неожиданным, глубоко запрятанным сторонам телесности клиента, однако такая работа требует определенной подготовки и умения быть открытым к потоку неявных, имплицитных ощущений и переживаний.

Естественно, что к подходам, работающим с телесной символикой, необходимо отнести, в первую очередь, аналитическую психологию. Несмотря на то, что ее основатель К.Г.Юнг не уделял большого внимания телу в своей практике, он иногда использовал танцевально-двигательные практики для выражения бессознательных содержаний [13]. Кроме того, это направление дало начало многим другим схожим подходам, например, архетипической психологии Дж.Хиллмана, в рамках которой были проведены исследования, посвященные мифологическому значению таких заболеваний, как астма, эпилепсия, кожные болезни, глаукома, туберкулез, психосексуальные расстройства, мигрень [12, с.

95]. Еще одна дочерняя ветвь аналитической психологии - процессуально-ориентированная психотерапия А. Минделла, который ввел в психотерапию понятие «сновидящего тела» [7]. По его убеждению, часто забытые сновидения могут быть возвращены именно через особенные движения, через следование внутреннему желанию или необходимости пошевелиться определенным образом, что-то сказать, представить какой-то звук или запах. Путем обращения к такого рода телесным символам становится возможным выражение бессознательных содержаний, хранящих воспоминание о травмирующем опыте или отражающих невротические паттерны поведения.

Далее, работа с телесными символами используется в подходах, использующих воображение как основной инструмент. Это, во-первых, созидаящая визуализация, которая впервые была применена для работы с психосоматическими нарушениями К. и С. Саймонтами как средство направленной внутренней борьбы с раковыми заболеваниями. Во-вторых, это кататимно-имажинативная психотерапия, разработанная Г. Лейнером и представляющая собой свободное фантазирование в форме образов-картин на заданную психотерапевтом тему. Две основные техники, которые показали свою эффективность при работе с психосоматическими нарушениями – это рассматривание органа извне, как если бы он был открыт и доступен непосредственному восприятию, а также уменьшение клиента в его воображении до микроскопических размеров и погружение его внутрь собственного организма через рот до больного органа. Символы, рождающиеся в этом процессе, являются центром концентрации специфических визуализаций: они обладают четкостью формы и содержания, что делает их легко описываемыми, а во-вторых, они словно живут собственной жизнью, которая «хотя никогда не выходит полностью за пределы осознанного контроля, в большой степени субъективна и определяется бессознательным» [6, с. 439]. Именно такого рода визуализации Лейнер называл кататимными.

При описании работы с символическими телесными состояниями нельзя обойти стороной отечественного представителя телесно-ориентированной пси-

хотерапии В.Баскакова, разработавшего метод танатотерапии [1] как погружения человека в состояние, максимально приближенное к смерти. Метод танатотерапии основан на необходимости достижения полного расслабления тела (остановки работы сознания, объектности тела, биологически естественного дыхания и т.д.) и преодоления страха перехода человека из одного состояния в другое; таким образом происходит «моделирование процесса правильного, естественного умирания» [6, с. 594]. Как и в других примерах символической работы, здесь человеку предлагается погрузиться в определенное состояние, которое символизирует клиенту те или иные внутренние процессы. Здесь нет необходимости расшифровывать скрытые смыслы. Речь идет именно о проживании и глубинном наблюдении за собой и своим телом во время пассивного взаимодействия с терапевтом.

Наконец, к символической работе с психосоматическими нарушениями можно отнести метод фокусинга Ю.Джендлина [5], разработанный в рамках клиент-центрированной психотерапии. Согласно идеям Джендлина, в поле переживания человека обнаруживаются не только мысли и образы восприятия, но и определенные телесные ощущения, которые в результате пристального к ним внимания становятся постепенно все более отчетливыми. Такого рода образ не нуждается в интерпретации, выражая при этом некие глубинные сущностные переживания человека, в связи с чем мы относим подход Джендлина к разряду психотерапевтических направлений, работающих на уровне символа. Соприкасаясь со своим чувствуемым смыслом, – так называется в данном подходе вид телесных образов, с которым ведется работа, – человек восстанавливает целостность со своим опытом, со своими переживаниями, которые через эти ощущения обретают выход и становятся доступными для осознания. Чувствуемый смысл Джендлин относит к той сфере бессознательного, которая вскоре может достичь уровня сознания и которая ощущается прежде всего на соматическом уровне.

В итоге составления данной классификации можно выделить функции, которые в целом выполняют разные виды телесных образов в психотерапевтическом процессе. Кратко их можно сформулировать следующим образом:

- Обращение к образу тела позволяет устанавливать контакт клиента с его текущим состоянием, находить некую опорную точку в случае, если это состояние неустойчиво или если ощущения и переживания клиента заблокированы;
- Формирование телесной метафоры подчеркивает степень ответственности клиента за свое собственное состояние и его изменение, позволяет отслеживать динамику личностных преобразований;
- Телесные метафоры позволяют соотносить разрозненные элементы субъективного мировосприятия клиента, восстанавливать взаимосвязи с травмирующими содержаниями в безопасной форме, интегрировать полученный им опыт, восстанавливая целостность представления о себе и окружающем мире;
- Символизация любого телесного феномена, будь то психосоматическое заболевание или определенный нестандартный двигательный паттерн, позволяет клиенту погрузиться в изучение собственной сущности с целью интеграции присутствующих в ней противоположностей и конфликтов;
- Работа на телесном уровне позволяет прорабатывать такие аспекты межличностного взаимодействия клиента и терапевта в ходе психотерапии, которые не могут быть выражены никаким другим путем.

В целом роль создания образа телесных ощущений в психотерапевтической работе с людьми с психосоматическими заболеваниями, а также с физически здоровыми клиентами, по итогу проведенного теоретического исследования оказывается чрезвычайно важной. Можно сказать, что на сегодняшний день практически в каждом психотерапевтическом подходе в той или иной форме используется проработка телесного содержания, и поэтому не вызывает сомнения, что они являются неотъемлемыми элементами психотерапевтической работы.

Тем не менее, выделенные нами функции телесных образов в психотерапевтическом процессе остаются эмпирически необоснованными, что дает простор для исследования и практического обоснования телесной работы в психотерапии.

Литература

1. Баскаков В. Ю. Свободное тело. – М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2004. – 224 с.
2. Булюбаш И.Д. Метафора как путь к интеграции: работа через метафору в гештальт-подходе. // Гештальт гештальтов. Евро-азиатский вестник гештальттерапии. Научно-практический журнал. 2006. №2. – с. 41-61.
3. Волкова Д.Э., Орлов А.Б., Орлова Н.А. Знак, метафора, символ - методология субъектности // Психология. Журнал Высшей школы экономики, 2010. № 3. – С. 89– 119
4. Джендлин Ю. Фокусирование. Новый психотерапевтический метод работы с переживаниями. – М.: Класс, 2000. – 448 с.
5. Ермошин А. Ф. Вещи в теле: психотерапевтический метод работы с ощущениями. – М.: Независимая фирма «Класс», 1999. – 320 с. – (Библиотека психологии и психотерапии, вып. 72).
6. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика. – М.: Эксмо, 2010. – 1024 с.
7. Минделл А. Работа со сновидящим телом // Московский психотерапевтический журнал, М., 1993, № 1, 2.
8. Орлов А.Б., Волкова Д.Э. Означение содержаний внутреннего мира клиента в разговорной и экспрессивной психотерапии // Вопросы психологии, 2009. № 2. С. 88– 97
9. Погодин И.А., Олифиревич, Н.И. Гештальт-терапия: мифы и реальность / И.А. Погодин, Н.И. Олифиревич // Вестник гештальт-терапии: сб. ст. Вып. 4. – Минск, 2007. – Стр. 7-14.
10. Сахарова В.Г. Психология тела. Диагностика отношения к телу. Учебно-методическое пособие. – СПб.: Речь, 2011. – 112 с.
11. Тимошенко Г.В., Леоненко Е.А. Работа с телом в психотерапии: Практическое руководство. – 2-е изд. – М.: Психотерапия, 2010. – 480 с.
12. Хиллман Дж. Архетипическая психология. – М.: «Когито-центр», 2006. – 157 с.
13. Чодороу Дж. Тело как символ: танец и движение в анализе // Журнал практической психологии и психоанализа. 2005. №1.

ISBN 978-5-904593-19-3



9 785904 593193