

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА: ЖИЗНЕННЫЙ РЕСУРС И ЖИЗНЕННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ

Материалы II-ой Международной научно-практической конференции
(г.Красноярск 27-28 ноября 2015 года)



КРАСНОЯРСК
2015

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА:
ЖИЗНЕННЫЙ РЕСУРС И ЖИЗНЕННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ**

Материалы II-й Международной научно-практической конференции

(г. Красноярск, 27-28 ноября 2015 года)

КРАСНОЯРСК

2015

УДК 159.9

ББК 88.46

П 86

Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал : материалы II-й Междунар. науч.-практ. конф. (г. Красноярск, 27-28 ноября 2015 г.) / гл.ред. И.О. Логинова. – Красноярск : КрасГМУ, 2015. – 421 с.

Редакционная коллегия:

И.О. Логинова – главный редактор,

О.В. Волкова – редактор,

С.М. Колкова – редактор,

Е.И. Стоянова – редактор,

Ю.В. Живаева – редактор,

В.Б. Чупина – редактор,

Н.Н. Вишнякова – технический редактор;

О.В. Логинова – технический редактор

Сборник материалов II-й Международной научно-практической конференции «Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал» содержит статьи зарубежных (Белоруссия, Казахстан, Литва и др.) и отечественных ученых, специалистов в области психологического здоровья, студентов психологических факультетов. Представленные материалы посвящены актуальным вопросам ценностного отношения к здоровью как жизненному ресурсу и жизненному потенциалу человека, прикладным аспектам психологии здоровья.

ISBN 978-5-94285-147-7

КрасГМУ

2015

ОГЛАВЛЕНИЕ

РАЗДЕЛ 1. ВОПРОСЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В ЗАРУБЕЖНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ	8
THE EFFECTIVENESS OF HIPPOThERAPY ON CHILDREN WITH AUTISM J. Andrejeva, J. Sucylaite, J. Katkauskaite – Narbutaitiene, M. Zukauskiene	8
ИНТЕРАКТИВНЫЕ ДРАМАТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КУКОЛ В РЕАБИЛИТАЦИИ С. Бурнейкайте	13
EXERCISING FOR HEALTH – DOES IT FEEL GOOD? G.D. Tempest, G. Parfitt	18
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ГОТОВНОСТЬ СТУДЕНТОВ К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕДАГОГА Т.А. Глазько, А.Б. Глазько	23
ОСОБЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ, ОБРАЗА И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СТАРШЕКЛАССНИКОВ, ПОЛЬЗУЮЩИХСЯ ИНТЕРНЕТОМ А.В. Даниленко, С.С. Даниленко	28
ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С НЕКОТОРЫМИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ И УСЛОВИЯМИ ЖИЗНИ ДЕТЕЙ А.В. Даниленко	34
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ТРАНСФОРМАЦИИ ОБРАЗА ЖИЗНИ В КОНТЕКСТЕ СОВРЕМЕННОЙ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ПРАКТИКИ С.Э. Ковалев	38
ЗДОРОВЬЕ – СФЕРА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕДАГОГИКИ Р.И. Купчинов	51
ЭНЕРГОПОТЕНЦИАЛ КАК ЖИЗНЕННЫЙ РЕСУРС ЧЕЛОВЕКА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ А.Р. Рафикова	58
РАЗДЕЛ 2. ЗДОРОВЬЕ КАК ЖИЗНЕННЫЙ РЕСУРС И ЖИЗНЕННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ЧЕЛОВЕКА	66
ХАРАКТЕРИСТИКИ ЖИЗНЕННОГО РЕСУРСА ПРОЯВЛЕНИЯ МОТИВАЦИИ ДОСТИЖЕНИЯ В СООТНОШЕНИИ С МОДАЛЬНОСТЬЮ СОЦИОКУЛЬТУРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ У СТУДЕНТОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В МАЛОМ ГОРОДЕ И МЕГАПОЛИСЕ Живаева Ю.В., Логинова И.О., Стоянова Е.И., Чупина В.Б.	66
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА: ЖИЗНЕННЫЙ РЕСУРС И ЖИЗНЕННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ (НА ПРИМЕРЕ СПОРТСМЕНОВ КРАЕВОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ «ХАБАРОВСКИЙ КРАЕВОЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ СПОРТА ВЫСШИХ ДОСТИЖЕНИЙ») Л.В. Сينيцына, А.А. Сينيцын	72
ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К КАТЕГОРИИ «ЖИЗНЕСПОСОБНОСТЬ» В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХОЛОГИИ И.В. Тимофеева, Т.В.Рогачева	75
ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ЖИЗНЕННЫХ РЕСУРСАХ ЧЕЛОВЕКА В.Б. Чупина, Л.С. Гавриленко, Ю.В. Живаева	81
РАЗДЕЛ 3. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ КАК ЦЕННОСТЬ	85
CULTURAL AND HISTORICAL CONCEPT AS THE BASIS OF EARNED HELPLESSNESS GENESIS RESEARCH AMONG CHILDREN WITH THE WEAKENED HEALTH O.V. Volkova	85
ВОПРОСЫ СОХРАНЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ В МЕДИЦИНЕ Я. В. Агафонова	90
РАЗВИТИЕ КОМПОНЕТОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ДЕВУШЕК И ЮНОШЕЙ СРЕДСТВАМИ АРТТЕРАПИИ Н.В. Басалаева, А.С. Малютина	95

ПРЕОДОЛЕНИЕ СТРАХА ПОЗНАНИЯ СЕБЯ КАК НЕОБХОДИМОЕ УСЛОВИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ Л.И. Козловская	100
ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ КАЧЕСТВ ЛИЧНОСТИ И РАБОЧЕЙ МОТИВАЦИИ РУКОВОДИТЕЛЯ С ЕГО ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ ЗДОРОВЬЕМ Н.В. Лукьянченко	104
ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ КАК ВЕКТОР САМОРЕГУЛЯЦИИ БУДУЩИХ ПЕДАГОГОВ Е.Б. Манузина	111
ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БЕРЕМЕННЫХ С АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, ПОЗВОЛЯЮЩИЕ СОХРАНИТЬ ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ С.А. Морева, А.В. Силаева, А.А. Рябцунова	115
ИМИТАЦИЯ ЖИЗНЕННЫХ ОТНОШЕНИЙ КАК УГРОЗА ПСИХОЛОГИЧЕСКОМУ ЗДОРОВЬЮ СОВРЕМЕННОГО ЧЕЛОВЕКА Н.И. Нелюбин	122
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ КАК ЧАСТЬ ИМИДЖА Е.В.Семенова	126
СПЕЦИФИКА ВЗАИМОСВЯЗИ ЦЕННОСТНОГО ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ И ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ РАЗЛИЧНОГО ПРОФИЛЯ ОБУЧЕНИЯ М.В. Сокольская, Е.А. Левкова	131
ОСМЫСЛЕННОСТЬ ЖИЗНИ КАК ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ Н.И. Трубникова, В.Е. Трубников	137
<i>РАЗДЕЛ 4. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ</i>	143
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЛИЦ С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ А.Г. Бурдалова, А.В. Бархатов, И.О. Логинова	143
ДИНАМИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ АДАПТАЦИИ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С МИНИМАЛЬНЫМИ МОЗГОВЫМИ ДИСФУНКЦИЯМИ К УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ Е.В.Григорьева	146
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЗАВИСИМЫХ ЛИЦ ПО ПРОГРАММЕ «12 ШАГОВ» А.А. Мишин, А.В. Назаров, Д.И. Николаев, Д.В. Пахоменко	151
ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЕ О.Т. Кондратьева	157
ПУТИ И СПОСОБЫ СОХРАНЕНИЯ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ДОУ Л.А. Уланова	163
ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ З.Н. Собчук, Ю.В. Живаева	168
ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ОБУЧЕНИЯ В СИСТЕМЕ СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ КАК СПОСОБ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ С.Е. Фрейлих	174
<i>РАЗДЕЛ 5. ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ</i>	179
КОПИНГ-СТРАТЕГИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В СТРУКТУРЕ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ А.О. Алампиев	179
ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О БУДУЩЕМ У ЛИЦ С ПАНИЧЕСКИМИ И ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ Т.Е. Андриященко, Ю.В. Живаева	182
ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ МОЛОДЕЖИ ОБ УПОТРЕБЛЕНИИ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ	188

К.А.Афанасьева	
СОВМЕСТНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ С ДОШКОЛЬНИКАМИ ПО ФОРМИРОВАНИЮ НАЧАЛЬНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ЗДОРОВОМ ОБРАЗЕ ЖИЗНИ В.Л. Богатенкова	191
ВЗАИМОСВЯЗЬ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЧЕРТ ЛИЧНОСТИ Г.Г. Вербина	197
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО «ВЫГОРАНИЯ» У СПЕЦИАЛИСТОВ «ПОМОГАЮЩИХ» ПРОФЕССИЙ В.А.Винокур	200
СОХРАНЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ С.М.Колкова	206
ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕЖИВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВРЕМЕНИ ПОДРОСТКАМИ, НАХОДЯЩИМИСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ Т.В.Казакова	211
ДУХОВНЫЕ И ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАНЯТИЙ ЦИГУН В СРАВНЕНИИ С ФИЗКУЛЬТУРОЙ (НА ПРИМЕРЕ ФАЛУНЬ ДАФА) М.В.Кочетков	217
МИНИМИЗАЦИЯ НЕГАТИВНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ РАЗВОДА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ ЧЕРЕЗ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ СЕМЬЕ С.В. Небыкова	222
СПЕЦИФИКА КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ И РЕЛИГИОЗНОЙ АКТИВНОСТИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА Д.К.Орлов	228
ОТЧУЖДЕНИЕ В ОТНОШЕНИЯХ Е.М.Петроградова, С.М.Колкова	232
ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ СЕМЬИ Е.М.Петроградова, С.М.Колкова	235
РОЛЬ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ЛИЧНОСТНЫХ ЧЕРТ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С.А.Петунова	239
ВОСПИТАНИЕ ЗДОРОВОГО РЕБЁНКА Т.Г.Пичугина	244
К ВОПРОСУ ОБ ИНДИВИДУАЛЬНОМ ПОДХОДЕ К ФОРМИРОВАНИЮ МОТИВОВ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА Т.В.Рогачева	249
ГЕНДЕРНЫЕ СТЕРЕОТИПЫ ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ С.А.Самсонов	254
ОЦЕНКА УРОВНЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВОСПИТАТЕЛЕЙ ДОМА РЕБЁНКА Г.В. Сенченко, Т.С. Парубцова, Е.А. Ефимова	259
ФОРМИРОВАНИЕ САМОСОХРАНИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ КАК ОДНА ИЗ ФОРМ ПРОФИЛАКТИКИ АУТОАГРЕССИИ ЛИЧНОСТИ ПРИ НАРКОМАНИИ М.И.Черепанова	263
ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИЕ ОТНОШЕНИЯ НА ЭТАПЕ ПОДГОТОВКИ К ИНКЛЮЗИВНОМУ ОБРАЗОВАНИЮ ДОШКОЛЬНИКОВ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ АУТИЗМА Т.В.Черникова, В.И. Морозова	267
ОЦЕНКА УГРОЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В СТРУКТУРЕ ВОЕННО-ИНТЕРНАТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ Л.М.Шакурова	272
РАЗДЕЛ 6. РАБОТЫ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ	278
СУБЪЕКТИВНОЕ КАЧЕСТВО ВЫБОРА СТУДЕНТОВ СПЕЦИАЛЬНОСТИ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ	278

Р.М.Аббасова, Е.И.Стоянова	
ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О БУДУЩЕМ У ЛИЦ С ПАНИЧЕСКИМИ И ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ Андрющенко Т.Е., Живаева Ю.В., Калиновская К.С.	280
КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА КОРРЕКЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ О.А. Анжина, Ю.М.Казимова, С.П. Иванова	286
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЮ Н.Н. Антропова, Н.В. Попенко, Е.Ю. Пелипецкая	290
СПЕЦИФИКА МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ В ОРГАНИЗАЦИИ А.А.Биктимирова, Е.И. Стоянова	292
СОЦИАЛЬНО–ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ 1 КУРСА СПЕЦИАЛЬНОСТИ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ К.А. Виткова, М.А. Михайлова, В.А.Еремеева, Е.И. Стоянова	294
ИССЛЕДОВАНИЕ ЗАЩИТНЫХ МЕХАНИЗМОВ СТУДЕНТОВ СПЕЦИАЛЬНОСТИ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ Т.А. Гуляева, Е.И. Стоянова	296
АРТ-ТЕРАПИЯ КАК СРЕДСТВО СНИЖЕНИЯ ТРЕВОЖНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ПТСР Д.А. Думлер, Е.И. Стоянова	298
ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД В СОПРОВОЖДЕНИИ СМЫСЛОЖИЗНЕННЫХ ОРИЕНТАЦИЙ ПАЦИЕНТОВ ПТСР Д.С. Злобина, Е.И.Стоянова	300
ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ ЗАЩИТЫ И ЖИЗНЕННЫХ ЦЕННОСТЕЙ ЖЕНЩИН С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ М.А. Иванова, С.М. Колкова	303
РЕСЕНТИМЕНТ И КОНФЛИКТ ПОКОЛЕНИЙ В.А.Иванова, Л.А. Новопашина	307
ПРОГРАММА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ Ю.М. Казимова, О.А. Анжина, С.П. Иванова	311
ДИАГНОСТИКА ВИКТИМНОСТИ В СТУДЕНЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ М.Н. Кеся	317
СПЕЦИФИКА ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ ЛЮДЕЙ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ В.А.Кудрявцева, Ю.В. Живаева	322
СОВМЕСТНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАК СРЕДСТВО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ НЕГАТИВНЫХ ЭТНИЧЕСКИХ СТЕРЕОТИПОВ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ В.В.Лазарян, Ю.В.Живаева	327
ТРЕНИНГ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ УСТОЙЧИВОСТИ ДЛЯ ПОДРОСТКОВ СКЛОННЫХ К АДДИКТИВНОМУ ПОВЕДЕНИЮ Л.Ф. Маковецкая, Е.И. Стоянова	335
ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ИГРОВОЙ И ИНТЕРНЕТ ЗАВИСИМОСТИ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА К.А.Онянова, Ю.В.Живаева	336
ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ТРЕВОЖНОСТИ ДЕТЕЙ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ Т.Ю. Павличенко, Ю.В. Живаева	339
КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩАЯ ПРОГРАММА КАК СРЕДСТВО СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ РИГИДНОСТИ ЛЮДЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ДИАГНОЗОМ Е.В. Первухина, Ю. В.Живаева	342
ПРОФИЛАКТИКА НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ В.Д. Попцова, С.М.Колкова	345
ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИЦИПАЦИОННОЙ СОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ЛИЦ, СКЛОННЫХ К СУИЦИДАЛЬНОМУ ПОВЕДЕНИЮ А.И. Путкова, С.М. Колкова	349

ИЗУЧЕНИЕ САМОСОЗНАНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА Н.Ю.Пугачева, Н.В.Попенко	352
ИССЛЕДОВАНИЕ СООТНОШЕНИЯ ПРОЦЕССА АДАПТАЦИИ С ГРУППОВОЙ СПЛОЧЕННОСТЬЮ У СТУДЕНТОВ Т.А. Савицкая, М.В.Алькина, Е.И. Стоянова	354
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО САМООПРЕДЕЛЕНИЯ УЧЕНИКОВ СТАРШЕГО ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА Ю.М.Смирнова, Ю.В.Живаева	357
ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕХАНИЗМОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ДЕТЬМИ ВТОРОЙ ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Я. И. Спасская, О.В. Волкова	362
ОСОБЕННОСТИ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ИНИЦИАТИВНОСТИ ДЕТЕЙ С ОСЛАБЛЕННЫМ ЗДОРОВЬЕМ М.И. Супрунов, О.В. Волкова	366
НАРУШЕНИЕ МЫШЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ В БАСЕЙНЕ СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ Е.В. Терехова, Н.В. Попенко, Т.Д. Корягина	372
ФОРМИРОВАНИЕ АДЕКВАТНОГО ОТНОШЕНИЯ К ЗАВИСИМОМУ ОТ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ СО СТОРОНЫ СОЗАВИСИМЫХ РОДСТВЕННИКОВ Е.В. Терехова, М.А. Лисняк	374
ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ПАЦИЕНТОВ ГОСПИТАЛЯ ВОВ А. В.Тихоненко, Ю. В.Живаева	380
ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ Е.В.Ткачева, Ю.В. Живаева	382
КОРРЕКЦИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ И.Ю.Ткачук, Ю.В. Живаева	386
ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА М.А. Транчукова, Н.В. Попенко	388
СИНДРОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У УЧИТЕЛЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЗЛИЧНЫХ СОЦИОКУЛЬТУРНЫХ УСЛОВИЯХ А.В. Туговикова, Н.В. Басалаева	392
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО Е.О.Цыпленкова	397
ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ НАЛИЧИЕМ АЛЕКСЕТИМИИ И УРОВНЕМНЕВРОТИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА Л.О. Черненко, О.В. Волкова	401
СОВРЕМЕННЫЙ ОПЫТ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ ПО ПРОГРАММЕ «12 ШАГОВ» (НА ПРИМЕРЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА «ЕНИСЕЙ» Г. КРАСНОЯРСК) П.А. Черномурова, М.А. Лисняк	407
ДИАГНОСТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ Х.А. Шарабарина	413
ИСТОРИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ ОДНОГО ПАЦИЕНТА В.Е. Шумилина, Н.В. Попенко	417

РАЗДЕЛ 1. ВОПРОСЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В ЗАРУБЕЖНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

УДК 159.972

THE EFFECTIVENESS OF HIPPO THERAPY ON CHILDREN WITH AUTISM

J. Andrejeva¹, J. Sucylaite¹, J. Katkauskaitė – Narbutaitienė¹, M. Zukauskienė²

¹Klaipėda University, Klaipėda, Lithuania

²Vilnius University of Applied Sciences, Vilnius, Lithuania

People with autistic disorders are very different: one is absolutely nonspeaking and weakly responsive to the environment, other is able to talk and is very brilliant in any one area, but is unable to maintain social relationships (Lesinskienė S. et al., 2002). So the search for new and effective treatment methods, useful therapies is becoming more and more popular. One of these therapies is hippo therapy also known as horse therapy or riding therapy. The reconnaissance survey with the aim to find out Lithuanians opinion about hippo therapy was conducted in 2011. 50% of people never had heard of hippo therapy. This shows that in Lithuania, this therapy is not widespread; however, as research has shown it is very necessary for children with autism and other disorders. This brings to the actual research problem: what impact on children with autism has hippo therapy (Mockevičienė D., Straubergaitė L., 2006)

The aim of the research is to assess the effectiveness of hippo therapy on children with autism.

The tasks of the research: To find out if there are changes in communication skills; to find out if there are changes in emotions; to find out if there are changes in emphasis.

The research was carried out in JSC “Horse market”, the Horse stable of Darguziai village, district of Klaipėda, from February to March 2014. 16 sessions of hippo therapy in total were done. A method of case analysis was chosen. The study involved a 5-year-old boy with autism of a medium degree and his parents. A semi-structured interview was taken from a child’s mother during the research before and after a hippo therapy. The text was written and analysed using the method of content analysis. The following categories were distinguished before the application of a hippo therapy: relationship with a father, parents and grandparents, the child’s emotions, intercommunication of his parents, relationship with his brother and expectations of the parents. Categories were further divided into subcategories.

During the interview the mother (informant) mainly provided information about the child’s positive emotions, according to the number of claims, the second category was a relationship with his brother and communicating with his parents and the third one- a subcategory of believing in a hippo therapy. This shows that communication and the child’s emotions are very important for a mother-informant. The observation of phenomenological hippo therapy application has been also carried out for the child with autism. The tool has been created to summarise the data of observation, which could be used in a quantitative and qualitative research. The system of measuring the quality is: none, weak and strong. The maximum number of our tool’s assessment is 12 points. We provided the explanation in a tool to which qualitative features attention should be paid, assessing the quality. The assessment varied from 3 to 11 from the first to the last session. The maximum number of assessment could not be reached, but the results proved that a horse therapy has an impact on an autistic child’s communication and skills.

The term “autism” comes from the Greek word “autos”, meaning “self.” This developmental disorder that results in an inadequate sense of the world, social, and sometimes mental, and other disorders as well as many other perceptible sensations. Autistic disorder is divided into different types, which are determined by the autistic personality manifested

symptoms. Although autism and its innate traits are revealed as early as infancy, it is believed that people with the autistic disorder require medical assistance, in particular, various forms of therapy. Interestingly, the number of articles highlighting other signs of autism reveals that the most interesting thing is that the autistic symptoms may be experienced differently by the autistic people. Autism is now considered to be biologically determined developmental disorder (syndrome), which can be caused by the disturbance of CNS development in pre-, peri- and postnatal period. According to the currently prevailing scientific opinion in the world, autism is rarely considered to be a disease with a single origin of the cause. It is a non-specific disorder caused by various, mostly genetic or biological causes (Lesinskienė, Viliūnaitė, Paškevičiūtė, 2002; Ambrukaitienė, Ivoškuvienė, 1997).

The boys suffer from autism more often than girls. According to the results of the research there are 4to6 cases of autism in 10.000 thousand children. It is one percent in the population of school-age children. The boys have the disorder three times more often than girls (Lesinskienė S., Pura D., 2000). The level of autism is rather difficult to determine. It can be very diverse. Some children face more difficulties due to impaired speech, the other for social communication difficulties; others are notable because of strange behaviour (Domarkienė A., 2013). The causes are still not fully known. Many factors will undoubtedly have an impact on the formation of the autistic disorder: genetic and biological environmental impact before, during, and after birth can affect the brain development and cause autistic disorder. It has been proved that autism is not really the result of bad parenting or family conflicts (Ambrukaitienė J., 1997). Communication is one of the most difficult things for autistic people (Stone W., et al., 2010). It is the most emphasized social dimension of life. Autism is incurable and for life. An autistic child is hardly getting to interact with peers, but this does not necessarily mean that communication disorders lead to learning disabilities: scientists recorded more than one autistic positive learning outcome, a strong propensity for science. In addition, people with autism are usually distinguished by hyper or hypo sensitivity to sounds, touch, taste, smell, colour, or light, which is not necessarily a negative feature. Language and communication problems can also be revealed in playing: most autistic children cannot speak, so they fail to imitate sounds and words, but they are often characterized by the repetition of language and reverberations called echolalia. Not all autists necessarily do not speak. But for those who do not it is extremely difficult. They are facing not only one difficulty to understand the others, but for them is also extremely hard to understand themselves: eventually these children gradually move away from the others and completely cease-to communicate (Stone W., et al., 2010). The term “Hippo therapy” came from the Greek word “hippos” meaning ‘horse’ and literally means “treatment with the help of the horse”.

A number of scientific studies show that horse therapy for autistic people have an especially positive impact: they get emotional and social skills in addition to strengthening their physical health, positive impulses relieve their internal status. In the process of flattering, brushing, and riding a horse the invisible connection between the rider and the horse is initiated. This gives a motivation to get interested in the outside world and to improve. Along with the new horse management skills, the feelings of self-confidence, patience, and sense of responsibility and independence also arise (Šapurova V., 2013). Hippo therapy is used in many cases: autism, attention deficit disorder, learning disabilities, cerebral palsy, vision problems, speech disorders, multiple sclerosis, muscular dystrophy, spinal hernia, sensory disorders, brain injury, post-traumatic condition, orthopaedic diseases, mental diseases, rheumatoid arthritis, amputations, and many other disorders and diseases.

However, the horse therapy cannot be used in some cases, for instance, in the case of osteoporosis, active tuberculosis, malignant tumours, acute exacerbation of chronic diseases, infectious diseases, mental and blood diseases, disturbances of human orientation, for example, in drug addiction. It is also not recommended in some cases of Down’s syndrome

(Simonavičienė R., 2006). Hippo therapy can be divided into classical horse therapy and therapeutic horse riding. In the first case, the method is prescribed for the treatment of patients with movement disorders. Here, the main focus is paid to the position and the reactions of the rider during the horse movements. The specialist controls the movements of the horse and analyzes the patient's reactions. The goal of the classic horse therapy is to improve the patient's posture, balance, mobility, and movement functions. A number of specialists are involved in the "Horse Care Team", i.e. an occupational therapist and / or physiotherapist (specialist), helper / assistant, horse guide. The specialist is claiming the rider what he has to do, what exercises to perform; the helper helps rider to hold the correct position to carry out the exercise, to climb and dismount from the horse; the professional horse guide has an intimate knowledge of the horse while riding it. The latter aspect is particularly important, because a horse has to be led by a professional: the horse and the patient are as a duet. These animals weigh more than 500kg, they have their own character, so there is a need to adapt to them and make them friends. It is not only a physical sport; it is also a spiritual thing. If you come to the horse and communicate with it, you become a part of the herd. The horse is a herd animal. People often imagine that a horse unconditionally obeys their commands: this is definitely not a true. This requires a lot of work. Horses, especially stallions, have their own opinion; they like to check out "who is the boss" from time to time (Garkauskienė A., 2012).

The obvious effect of the hippo therapy is the induction of positive emotions. Moreover, touches to the horse, its colour, smell, and hooves for sounds stimulate various body systems (motor, proprioception, vestibular, sensory, and mental). The second very important horse therapy effect is the improvement in the patient's language. It is also an interesting and a very positive aspect of the horse therapy. It is said that therapy gives motivation to speak. In addition, the horse movements can also improve the speech, as well as swallowing quality. Horse therapy reduces the limitations of the movements. Some people start to move the muscle groups that they cannot move by themselves before, or the movement was very limited (Simonavičienė R., 2006). Horse walking pace is very similar to human walking, stepping back a horse moves in three directions: the three-dimensional movements, identical to a healthy person walking gait movements helps develop motor skills and general movement. It is significant that this kind of patient communication and cooperation with the horse reduces the functional muscular asymmetry effects. Rhythmic, gentle, and equivalent horse movements force symmetric work of human muscles on both sides. Increased muscle tone decreases and the decrease done increases, so the strength of the weak muscles of the body or hand muscle strength is increased. The classic horse therapy, sitting on a horse and carrying out various exercises, has an impact on all the body's complex system. In therapeutic riding, the presence of the fresh air also works great: it reduces anxiety and promotes optimism. The horse induces a specific sense of self-confidence, willingness to pose as a friend. Many fears such as the fear of animals, the height, and the movement are overcome. The feeling of patience and tolerance for others appear, as well as the emotional control is formed: the riders must understand that in order to control the horse they must first learn to control their emotions. Friendship, understanding, responsibility and love for animals are also born. Children learn to ride and to concentrate. Finally, there are many positive emotions: "A man who feels the pleasure of riding on a horse cannot think about anything and just enjoy this moment. When the horse listens to the rider, he feels happy" (Domarkienė A. 2013). Hippo therapy promotes the development of social skills. Not being able to move independently, a person loses communication possibilities, and it affects not only his identity, self-esteem, self-expression and self-realization abilities. The individual begins to feel not only as a marginalized member of society, who suffers physical and psychological isolation, but also experiences negative emotions (Anužienė I., 2010). Being near the horse such a person calms down and relaxes. Specialists warn that in the case of the serious illness, the hippo therapy will not give a full recovery, but will improve the quality of life (Gustatytė V., 2012).

A qualitative research was carried out. It was chosen to analyze this low-discussed topic as comprehensively as possible. The study was approved by the Bioethics Commission of Klaipeda University Rehabilitation Department. The study was carried out in Klaipeda district, Dargužiai, at the horse stable of JSC "Horse market" (Director Laimondas Skėris).

The research data collection methods are: a semi-structured interview with the mother and observation of hippo therapy for a child with autism. The interview and observation data were recorded. The observer's role during the research was to participate in the hippo therapy session as a coach assistant. Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) approach was used. This subject-centred approach is congruent with an increase in patient-centred research (Brocki J., Wearden A., 2006; Smith J., 1996).

The research generalization methods are: the recorded interview and observation data (text) were analyzed by employing the content analysis method. Analogy generalization was applied. Based on the analogy arguing approach it has been stated that characteristic of one of the examined cases may be inherent for other comparable cases. Content analysis is understood as a statistical analysis expressed in the text data (Bitinas, 1996). This method has allowed to systematize concepts, see their logical relations, trends of signs change, and make insights. In our research case the content analysis allows no examination of the statistical hypotheses, because the analytical text is written after the semi-structural, but rather free, interview, and qualitative information obtained on the basis of a small sample (semi-structured interview carried out with one person, one child observation diary).

Hippo therapy (Horse Therapy) program. The study lasted for eight weeks, followed by 2 sessions per week, 16 times in total. Horse therapy program was set up in consultation with the coach of the horse stable, and taking into account the recommendations of scientific articles. The duration of one lesson is about 1 hour, 30 minutes of which is dedicated to therapy on the horse, and the remaining time is devoted to the horse care: horse grooming, cleaning, feeding, and walking. The child sitting on a horse back carried out exercises, such as turn head to the left and right, raise hands up and abduct hands, caress the horse, cuddle the belly to the horse's neck.

The analysis of the interview with the mother before the therapy showed that the subcategory of negative emotions and changes is estimated the best, i.e. the informant mainly provides statements about children's negative emotions, and that this is very important to her. In the second place is the category of communicating with brother and the faith in the horse therapy (according to the number of claims). In the third place is the subcategory of understanding. It can be stated in summary, that them other is mainly concerned about the child's negative emotions and communication with his brother, but the trust in horse therapy is positive.

The analysis of interview with the mother after therapy showed that the subcategory of emotions positivity has the highest estimation, i.e. the informant mainly provides statements about children's positive emotions. In the second place is the category of communicating with brother, and communication with parents. In the third place is the subcategory of faith in horse therapy. Analysing the interview material, we were searching for the differences of statements connected to subcategories. The content analysis of the interview with the mother allows us to state that the changes in the emotional area were found: before horse therapy mother had more worries about the child's negative emotions and less about positive while after the therapy mother spoke more about positive emotions. In summary, it can be noticed that after horse therapy more positive emotions are experienced. This is evident according to the data presented by the informant (mother).

Change of emotions. The changes in the field of interaction were identified as well. Before the therapy the mother noticed that there was a need to establish a contact. Although after the therapy a visible change could be observed: the child's need to get into contact became more frequent. Before the therapy it was emphasized that communication and understanding of the child was very difficult, not only for parents but also relatives. After the therapy the difficulties

in communication were not mentioned. A similar number of statements before and after the application of the horse therapy were mentioned in the category of understanding and relationship. Before the therapy the child was in a “closer relationship” with his father (according to the interview with the mother). Although after the therapy the mother did not emphasize it. Thus, it can be stated, that the child’s and them other’s relationship intensified.

Contact, communication, understanding, comprehension, and relationship. In summary it is deduced that the need to establish contact after the therapy has increased; the understanding and the relationship has also grown, and the difficulties in communication “have dropped to zero”. During the interview, the topics of lack of interest and the openness were instituted. The number of statements decreased significantly after the horse therapy in terms of closeness and lack of interest and a significant increase in terms of interest and openness.

Closeness-openness and interest. In summary, it can be stated, that the lack of interest and the closeness of the child after the horse therapy has decreased, and at the same time the openness has increased. During the interview, the mother also talked a lot about autistic child’s and his older brother’s relationship. Children’s communication can be two-fold: positive and negative. Before the therapy, the mother identified more examples of negative communication, and that was opposite after the therapy. The positive development in communication was observed after the horse therapy application.

Changes in interpersonal communication. During the interview the informant (mother) talked about the relationship with her husband, it was mentioned that before the therapy they expressed anger very often. After the horse therapy the anger was not mentioned. She said that after the therapy there were less disputes. They talked and discussed with husband more. It is believed that a positive attitude of parents, a good consensus can have a positive impact on the child. It can affect the child’s mood and the change of emotions. In summary, it can be said that after the horse therapy complicated relations have been unnoticed, while the symptoms of good relations have doubled.

The faith and expectations. To sum up, the parents believed in the effectiveness of the horse therapy, expecting the child’s emotional rebound, more focused concentration, the increased child’s interest in new activities, any other improvements of the child. After the therapy the informant said that all her expectations of therapy were justified, it was beneficial not only for the child, but also for the whole family. It was also told, that during the therapy all the family got a lot of positive emotions and spent time well.

Conclusion. Horse therapy has a positive effect on a child’s with autism communication skills: emotional connection with the horse, trainer, and family members; maintenance of attention and contact support. Horse therapy has a positive effect on a child’s with autism emotions. During this work the research instrument was developed and approved. This tool allows evaluating the impact of the horse therapy in quantitative and qualitative research.

References

1. Ambrukaitienė J. A., Ivoškuvienė R. (1997). *Vaikų autizmas. Šiauliai.*
2. Anužienė I. (2010). *Hipo terapijos veiksmingumas vaikai kamssu fizine negalia, įveikiant socialinę izoliaciją. Tėvų perspektyva. Magistro baigiamas isdarbas. Kaunas Vytautas Magnus University. P 101.*
3. Bitinas B. (1996). *Ugdymo filosofijos pagrindai. – Vilnius: VPU. P.202.*
4. Brocki J.J.M, Wearden A.J. (2006). A critical evaluation of the use of interpretative phenomenological analysis (IPA) in health psychology. *Psychology and Health, 21(1), 87 – 108.*
5. Domarkienė A. (2013). *Vaiko, turinčio Asergerio sindromą, ugdymasis. Magistro baigiamas isdarbas, Šiauliai: Šiaulių universitetas. P.79.*
6. Garkauskienė A. (2012). *Žirgų terapija: bendraudami sužirgais žmonėms. Valstietis.lt. Internetinis laiškas. p. 1-2.*

7. Lesinskienė S., Pūras D. (2000). Išplėstinės šeimo spožiūrisį autistą vaiką. *Medicina*, Nr.36 (1), 41–48 p.
8. Lesinskienė S., Viliūnaitė E., Paškevičiūtė E. (2002). Autizm osutri kimąturinčių vaikųraido sypatumai, *Medicina*, T. 38, nr. 4, p. 405-411.
9. Mockevičienė D., Straubergaitė L., (2006). Hipo terapij osvaidmuo fiziškai neįgaliųvaikų reabilitacijoje. *Specialusis ugdymas*. Nr. 1 (14). Šiauliai, p. 112-123.
10. Šapurova, V., Lesinskienė, S., Grikinienė, J. (2013). Hipoterapijostaikymogalimybėskompleksiniamevaikųsveikatosgerinime. *Neurologijo sseminarai*, 17(56), 128-131.
11. Simonavičienė R. Hipo terapij ospoveiki svaikams, sergantiems celebriniu paralyžiumi. 2006. *Magistro baigia masisdarbas*, Kaunas: Lietuvos Sporto Universitetas. P. 59
12. Smith, J.A. (1996). Beyond the divide between cognition and discourse: Using interpretative phenomenological analysis in health psychology. *Psychology & Health*, 11(2), 261-271.
13. Stone W., Ruble L., Coonrod E., et al. (2010). *Triad Social Skills Assesment* (2nd ed.). Nashville: Vanderbilt Kennedy Center. P.103.

УДК 159.9.07

ИНТЕРАКТИВНЫЕ ДРАМАТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КУКОЛ В РЕАБИЛИТАЦИИ

С. Бурнейкайте

Клайпедский университет, Клайпеда, Литва

В общем количестве интерактивных драматических методов драматерапия занимает значимое место и является одной из областей арт-терапии. Словарь современного литовского языка определяет драму как произведение, написанное в форме диалога или монолога, адаптированное к сцене, или как сценическое произведение серьезного содержания. Из истории театра известно, что драма, «как серьезное сценическое произведение», ведет свою историю с античности. Появлению драма терапии поспособствовала идея психо драмы, сформулированная в начале XX в. Я. Л. Морено. Это методы групповой работы, которые появились благодаря использованию театральных возможностей, однако то, что создается в группе, не предназначается для зрителя. Драма терапия целенаправленно выбирает использование театральной техники с целью роста и развития личности. Это совокупность интерактивных методов действия, помогающая участникам группы во время ролевых игр, интерпретаций и рефлексий получать новые впечатления, определять эмоции, чтобы лучше познать себя, участников группы и законы жизни. В процессе целенаправленной работы драматические методы становятся эффективным инструментом терапии и саморегулирования личности. Через действие, общение, звук и слово, используя куклы и маски, пластику движения, методы драма терапии помогают участникам группы глубже познать себя и других, научиться распознавать потребности пациента, помогать удерживать баланс между собой и окружением, способствует самосовершенствованию. Этот вид арт-терапии как один из инструментов развития творческих способностей очень важен для студентов – реабилитологов, целью которых является помощь людям в восстановлении утраченных сил, нарушенных функций и приобретение новых навыков.

Обучаясь по программе Кафедры реабилитации Факультета здоровья Клайпедского университета, будущие эрготерапевты знакомятся с разными творческими методами психотерапии. В процессе подготовки к встрече с пациентами у студентов есть возможность испытать на себе важность человеческих эмоций, чувств и мыслей. «Люди,

которые перестают творить, «застревают» в негативном состоянии или болезни. Им тяжело представить, что мир может быть другим, – гораздо более интересным и красочным. Инвалиды, особенно страдающие более тяжелыми формами болезни – шизофрении депрессии, аутизма – теряют способность воображать» – утверждает арт-терапевт Л. Крюкене. Ученые установили непосредственную связь между арт-терапией и воображением. По этой причине для будущих специалистов создаются условия для приобретения профессиональных навыков в сфере восстановления здоровья, развития воображения, познания своего творческого потенциала, чтобы в будущем они могли надлежащим образом помогать пациентам. Методы драма терапии помогают будущим специалистам подготовиться к работе и в реабилитационной команде. С помощью метода вовлечения в действие развиваются способности завязывать контакт с пациентами, распознавать их потребности, свободно общаться и сотрудничать.

Большую часть курса драма терапии составляют подготовительные упражнения, игры, работа в группах, где создается возможность импровизировать в заданных условиях, свободно выражать мысли, учиться концентрировать и удерживать внимание, осознанно достигать цели.

В данной статье представлены интерактивные драматические методы движения, такие как процессуальная драма, ролевые игры с использованием куклы.

Цель работы: представить опыт применения драма терапии в процессе обучения будущих эрготерапевтов.

Задачи:

- 1) рассмотреть опыт вовлечения группы в процесс создания процессуальной драмы.
- 2) проанализировать личное мнение студентов о влиянии драма терапии.

Организация исследования

Во время лекций по драматерапии по программе эрготерапии Факультета здоровья Клайпедского университета 15 студенток второго курса приняли участие в эмпирическом исследовании, которое было проведено при совместном создании процессуальной драмы. Занятия проходили один раз в неделю. Всего было проведено 8 занятий с дополнительными самостоятельными заданиями. После окончания работы в группе с помощью анкетного опроса было установлено мнение участников о драма терапии. Было получено 10 заполненных анкет. Возраст участников – от 20 до 36 лет. Опрос проводился после лекционного курса по драма терапии, проведенного в марте–мае 2013 г., без указания личных данных студенток.

Процесс создания процессуальной драмы во время лекций по драматерапии

Процессуальная драма – один из интерактивных драматических методов, испробованных в Великобритании и широко применяемый в Европе, особенно в Англии и Скандинавии. Процессуальная драма преподается в высших учебных заведениях как предмет, помогающий качественно учиться, используя множество способов обучения, методов и деятельности, которые раскрывают определенные эмоциональные, физические, интеллектуальные способности участников группы, и помогает их развивать. Члены группы, принимая участие в создании процессуальной драмы, становятся одновременно зрителями и участниками. Основой послужило утверждение известного британского эксперта процессуальной драмы, члена UK Royal Society of Arts, профессора д-р Алана Оуэнса (Allan Owens), создававшего и пропагандировавшего драматические методы, предназначенные для самопонимания и образования старше 30-ти, о том, что «истории, представленные в процессуальной драме, способствуют индивидуальному мышлению и сравнению своих мыслей с групповым и общепринятым мнением». Понятие процессуальная драма стали использовать в конце 9-ого десятилетия XX века. Согласно Алану Оуэнсу «процессуальная драма является одним из театральных способов

привлечения зрителей, когда главная роль достается участникам. Цель участников – играя роль, найти связь между определенным явлением и важным событием в их жизни».

Во время лекций по драматерапии создавалась драма под названием «Фреди». Ее тема была выбрана с целью помочь студентам эрготерапевтам осознать обстоятельства жизни инвалидов в обществе. Поводом для создания истории «Фреди» послужила огромная кукла – осьминог, созданная пять лет назад в ГУ Центр инвалидов «Klaipėdos Iakštutė» и подаренная Кафедре реабилитации. Именем Фреди еще в 2009 г. куклу играючи назвал один из студентов первого выпуска программы эрготерапии. Кукла-Фреди невольно стала для студентов программы эрготерапии своеобразным средством общения и воображаемым «свободным слушателем», «посредником», помогающим им общаться на профессиональные темы.

Как обычно, в период исследования, каждая лекция драматерапии начиналась с разогрева, т.е. драматического упражнения-игры с учетом темы дня. Далее лекция развивалась, последовательно вовлекая группу в действие. Чтобы создать правдоподобную историю, были использованы такие структурные метафорические элементы драмы как «создание персонажа», «описание пространства», «живые картины», «стоп-кадр», «горячий стул», «письмо» и т.д. После этюдов импровизированного действия группа обсуждала возникшие вопросы, мысли, впечатления. Проходили дискуссии, обмен личными наблюдениями. По общей договоренности подбирались домашнее задание. Ниже представлены ход развития и эпизоды группового создания процессуальной драмы «Фреди»:

Разогрев – в процессе игры представляется история, проходит знакомство с ситуацией;

Портрет – определяется внешность, черты, увлечения, эпизоды из биографии куклы-персонажа «Фреди», вовлекая ее в круг студентов;

Окружение – в процессе дискуссии, фантазируя, создаются условия жизни куклы-персонажа, обстоятельства, близкие люди и т.д.;

Счастливое событие – после обсуждения в маленьких группах разыгрывается импровизация и фиксируется «стоп-кадр» самого дорогого события в жизни главного героя;

Секрет – в маленьких группах обсуждается внутренний мир героя и обнаруживается важный неразглашенный факт из его биографии;

Мечта – работая в маленьких группах и обсуждая в них полученные впечатления, формулируются цели и видение героя, на которые можно концентрировать внимание группы, направлять творческую энергию, чтобы найти способы их достижений, решать проблемы или оказывать помощь;

Резюме – после обмена впечатлениями участников группы студенты вместо героя, т.е. куклы Фреди, сами садятся в круг и отвечают на вопросы участников, получают замечания, рекомендации, формулируют выводы;

Как это связано с вашей жизнью – рефлексия в группе: ситуация процессуальной драмы «Фреди» рассматривается в контексте собственных переживаний и профессионального опыта.

Структура процессуальной драмы «Фреди» и впечатления группы представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Структура процессуальной драмы «Фреди» и впечатления группы

Части процессуальной драмы	Цель	Задание или действие	Предвидение	
			О главном герое Фреди	О личном опыте студентов
История куклы-Фреди в группах	В группе подготовиться	Выслушать и понять	«Фреди»—один из нас	Обговариваются «правила

	вместе создать процессуальную драму о кукле-Фреди, стараясь помочь ему	обстоятельства жизни и настоящую ситуацию инвалида		игры»
Индивидуальный портрет «Фреди»	Творчески представить проблему и ситуацию куклы-воображаемого друга студентов.	Представить и описать личные качества, характер, ограниченность свободного слушателя «Фреди»	«Фреди» мечтает и ставит цели	Фреди – наш пациент, которому можно помочь
Место «Фреди» в группе	Почувствовать что испытывает человек в инвалидной коляске (способность двигаться, самовосприятия познания и пр.)	Двигаться и отвечать на вопросы в роли «Фреди», когда студенты находятся в кругу.	«Фреди» хочет увидеть мир, учиться, восхищается арт-терапией	Импровизируя, исполнять роль «Фреди», чтобы понять, что испытывает, мыслит, что может герой.
Проблемы «Фреди»	Создать обстоятельства для сопереживания и сравнения своих и возможностей героя	Проанализировать, с какими ограничениями сталкивается инвалид лично и в обществе	«Фреди» трудно быть понятым и достичь желаемого	Я, группа и «Фреди» вместе можем изменить ситуацию
«Фреди»– один из нас	Создать возможность распознать чувства, признать их и назвать	Импровизированные этюды «Если бы я мог...»	Не трудно принести «Фреди» радость и помочь чувствовать себя хорошо	Хорошо и приятно понимать, что я могу помочь другому
Жизнь «Фреди» меняется	Помочь раскрыть творческие способности каждого участника группы	Домашнее задание – взять «Фреди» к себе на неделю, сменить его обстановку, а в группе – рефлексия действия	Новые люди, новые вызовы, впечатления, мечты	Благодаря «Фреди» раскрыты новые качества друзей и близких
Меняется вся наша жизнь	Раскрыть ценность творческого мышления в достижении жизненных целей	«Письмо из будущего» – сохраняет дистанцию, чтобы оценить пройденный путь и достижения	«Фреди» помогает себе, получая помощь от подобных себе,	Участники сблизилась, стали более уверены в себе, в своей профессии

Мнение студенток о драматерапии.

Окончив курс драматерапии, большинство студенток согласилось ответить на вопросы в анкете, целью которых было выяснить мнение о драматерапии и значении предмета в учебном процессе. Было получено десять заполненных анкет. Проанализировав их, было выявлено мнение участников о драматерапии. Студенткам были представлены пять открытых вопросов. Ответы на них раскрывают количественные и качественные характеристики мнений:

1) Какие ассоциации вызывал предмет «Драматерапия» до начала обучения?

Драматерапия ассоциируется с театром, актерством, самовыражением – у 9 студенток; с эмоциями, искренностью, открытостью – у 1;

2) Что вы ожидали от цикла драматерапии?

Студентки ориентированы лучше узнать себя и своих однокурсниц – 3 студентки; научиться расслабляться и приобрести уверенность в себе – 3; получить новые знания, методики для будущей работы с пациентами – 4;

3) Как изменялось ваше мнение о драматерапии во время лекций?

Все 10 студенток признали, что, посещая лекции по драматерапии, испытали хорошие эмоции, узнали новое о себе и согласились, что создание процессуальной драмы – подходящий способ интегрированного обучения. Все подчеркнули, что чувствовали, как изменяется настроение группы во время лекций. 8 студенткам поначалу не хватало уверенности в себе, они признались, что испытывали страх в общении, боялись раскрыться, выполнять определенные задания. Оставшиеся сложности не испытывали. 9 участницам самое большое впечатление оставило создание процессуальной драмы «Фреди», для 1 самыми запоминающимися стали представленные на лекциях методики – фокусирование внимания, концентрация, тишина.

4) Чем была полезна драматерапия для студентки – будущего эрготерапевта?

Двое из группы признались, что узнали об инновациях (новых методах) в работе эрготерапевта, а одна студентка отметила, что развила в себе больше терпения. Шесть студенток утверждали, что научились лучше общаться и распознавать людей по невербальному общению. Одна студентка призналась, что поняла, что такое групповая терапия и опыт работы в команде.

5) Как повлиял на вас курс драматерапии как на человека?

Все, ответившие на вопросы студентки, заметили, что после лекций по драматерапии стали лучше разбираться в себе, различать свои чувства. Студентки указали, что драматерапия помогает развивать эмпатию, терпение, уверенность в себе, свободное самовыражение.

Драматерапия в процессе обучения будущих эрготерапевтов, когда студенты вовлекаются в действие посредством использования интерактивных методов драматерапии, помогает освоить и сочетать необходимые профессиональные навыки. Участвуя в дискуссии, импровизируя в маленьких группах, студенты учатся выражать мысли, завязывать и поддерживать разговор, глубже познать себя, уметь понимать другого человека (пациента, клиента). Студенты имеют возможность на практике испытать свои силы, моделируя идеи в безопасной игровой среде, вместе с тем углублять самосознание и готовиться к профессиональной деятельности. Эмпирическое исследование, анкетный опрос и анализ процесса наблюдения показали, что студенты чувствуют и понимают влияние методов драматерапии. Создание процессуальной драмы с использованием куклы в группе помогло научиться искать лучшие решения в нестандартных обстоятельствах, раскрывая при этом новые творческие стороны своей личности, испытывать радость творчества, работая в команде. Ответы на вопросы в анкете показали, что ожидания и мнение о драматерапии менялись, во время лекций ощущалась творческая атмосфера. Абсолютно все опрошенные студентки признались, что после занятий по драматерапии стали более уверенными в себе, узнали о себе много нового.

Можно утверждать, что создание процессуальной драмы с использованием куклы – подходящий метод интегрированного обучения в процессе подготовки специалистов реабилитологов.

Список литературы

1. Burneikaitė S. Lėlių teatro technikų taikymas reabilitacijos procese. Klaipėda, 2012. P. 13
2. Dabartinės lietuvių kalbos žodynas / Kaunas, 2000, P. 129
3. Kriukienė L. Dailės terapija/mokomoji knyga/ Kaunas, Vitae Litera, 2009. P 39.
4. Owens A., Barber K. Proceso drama: dramos darbai /Kronta/ Vilnius, 2006.P.16.
5. Tarptautinio seminaro „Socialinės dramos galimybės ir praktika“ medžiaga / Metodinis leidinys / Vilnius, 2005. P.8.

УДК 159.91

EXERCISING FOR HEALTH – DOES IT FEEL GOOD?

G.D. Tempest^{1,2}, G. Parfitt²

¹Department of Sports Tourism, Physiology and Medicine, National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia.

²Alliance for Research in Exercise, Nutrition and Activity, University of South Australia, Adelaide, Australia.

Despite the well-known health benefits of exercise (Penedo & Dahn, 2005) a very high proportion of people continue to lead a sedentary lifestyle. On a global scale, physical inactivity is the fourth leading risk factor for mortality, with levels rising in many countries (World Health Organisation [WHO], 2010). Global guidelines recommend a minimum of 150 minutes of moderate intensity or 75 minutes of vigorous intensity aerobic activity, or a combination of both, throughout the week to achieve physiological health benefits (WHO, 2014). However, most adults fail to meet these guidelines. In Russia, cardiovascular disease is the leading cause of death for both men and women (WHO, 2014); the prevalence of this disease can be attenuated by increased participation in physical activity.

Reasons for the low levels of physical activity participation remain poorly understood. This has led to a large research focus concerned with initial adoption of physical activity (Dishman et al., 2006) rather than the psychological (and physiological) processes that may be necessary for activity maintenance. How a person feels during activity is considered a basis for ‘decision-making’ (Kahneman, 1999) which may influence whether or not an individual may continue or terminate their behaviour (Hardy & Rejeski, 1989). A promising line of inquiry for activity maintenance is the idea that activity or exercise should make individuals feel good to encourage continued participation, or more importantly, not make individuals feel bad and potentially discourage activity. As simple and attractive as this idea appears; it has not been formally acknowledged in physical activity recommendations (Haskell et al., 2007). Only recently, have guidelines by the American College of Sports Medicine (2013) recognised the relevance of how an individual feels during exercise and the detrimental impact feeling bad could have on future exercise participation.

Affective valence responses are described as feelings along a continuum ranging from pleasure to displeasure, which are positive and negative constructs underlying core affect (Russell, 1980). Affect has been described as an evolutionarily adaptive response; in particular displeasure or negative affect is proposed to promote survival and maintain homeostasis in the presence of threat or danger (Damasio, 1994). The pleasure-displeasure component of core affect

has received the most attention in studies examining affective states during an acute bout of exercise (for reviews see Ekkekakis & Petruzzello, 1999; Ekkekakis et al., 2011).

Over a decade ago the relationship between affective responses during exercise, particularly at different exercise intensities was unclear, and findings were confounded by methodological limitations and inconsistencies as highlighted in a review by Ekkekakis and Petruzzello (1999). The authors addressed a number of methodological issues which prevented the comparison and replication of findings towards a dose-response relationship between the intensity of exercise and affective responses (see also Ekkekakis & Petruzzello, 2000, 2002).

Firstly, the categorical nature of affect or rather what was and should be measured had not been determined (Gauvin & Brawley, 1993). Through much debate within the literature (see Russell & Feldman Barrett, 1999), a dimensional approach to the measurement of affect has been accepted to encompass a broad canvas of the construct, namely the circumplex model of affect (Larsen & Diener, 1992; Russell, 1980). The circumplex model provides a two-dimensional domain-general map of affective states with two orthogonal bipolar axes; valence (pleasure-displeasure) and perceived activation (high-low) and has a strong theoretical basis (Ekkekakis & Petruzzello, 2000, 2002). The valence (pleasure-displeasure) dimension has since become the most studied within the exercise-affect literature (Ekkekakis et al., 2011).

Secondly, the use of pre-post-test designs did not consider changes in affective responses during exercise. Negative affective responses reported during acute exercise have been shown to become more positive post-exercise (Bixby et al., 2001; Hall et al., 2002) indicating a rebound effect from negative responses during exercise (Bixby et al., 2001). Therefore, pre-post-test designs did not accurately represent the trajectory of affective responses to a bout of exercise. Consequently, measures of affective responses are now commonly taken during exercise to record the trajectory of affective responses over the full course of the exercise duration (Ekkekakis et al., 2011).

Finally, the intensity of exercise was not standardised between individuals within and between studies, which meant individual differences in physiological responses (i.e. metabolic state) were not accounted for. Early studies commonly defined exercise intensities as a percentage of maximal power (e.g. 50% of maximal oxygen uptake or 60% of maximal heart rate), based on the assumption that the activity stimulus would be the same for everyone. However, metabolic processes vary considerably between individuals, even between those with the same maximal oxygen uptake (Boutcher, 1990). Therefore, intensities are now most often selected based on transition markers such as thresholds of lactate or gas exchange variables to provide a fixed metabolic profile to establish comparable individual differences (Wells et al., 1957). Ekkekakis and Petruzzello (1999) proposed a three-domain typology of intensity consisting of a moderate, heavy and severe domain (identified by Gaesser & Poole, 1996). The intensity domains are defined in relation to thresholds of respiratory gas exchange; the ventilatory threshold (VT) and respiratory compensation point (RCP). The VT reflects the transition from aerobic to anaerobic metabolism and the RCP reflects an exponential rise in oxygen uptake to maximal oxygen consumption. Therefore, exercise below the VT poses little challenge to homeostasis, the regulation of the internal state. However, above VT the physiological steady-state becomes difficult to maintain. Exercise at intensities around the VT is recommended in order to gain physiological and health benefits.

More recently, evidence has established a dose-response pattern of the intensity of exercise and the pleasure-displeasure individuals feel (Ekkekakis et al., 2011). Ekkekakis et al. (2011) established that (a) physical activity performed at intensities substantially below VT induce positive self-reported affective responses (pleasure) among most individuals (Ekkekakis et al., 2005, 2000); (b) physical activity performed at an intensity substantially above VT (i.e. proximal to RCP) induce negative affective responses (displeasure) in nearly all individuals (Ekkekakis et al., 2004, 2008; Parfitt et al., 2006; Rose & Parfitt, 2007); and (c) physical activity

at intensities around VT induces marked inter-individual variability, with some individuals reporting more positive and others negative affective responses (Ekkekakis et al., 2005, 2008; Parfitt et al., 2006; Rose & Parfitt, 2007). Furthermore, how an individual feels during exercise is linked to future exercise participation (Schneider et al., 2009; Williams et al., 2008, 2012).

The emergence of the dose-response relationship between affective responses and the intensity of exercise led to the development of a new theoretical framework, namely the dual-mode model (Ekkekakis & Acevedo, 2006). According to the dual-mode model, the pleasure-displeasure an individual may feel during exercise is regulated between the prefrontal cortex (involved in appraisal processes) and subcortical areas of the brain (which receive sensory input from the body). Grounded within the dual-mode model is the suggestion of how an individual is able to maintain activation of the prefrontal cortex to override aversive states driven by sensory (i.e. interoceptive) input from the body during exercise at different intensities. Competition between the prefrontal cortex and sensory input from the body influences an individual's perception of exercise (i.e. how they feel and how hard they feel they are working).

An important factor in the maintenance of positive affective responses during exercise is the autonomy one feels (Rose & Parfitt, 2007). An increased sense of control during exercise, particularly at intensities which start to become challenging (around VT), is linked to positive affective responses (Rose & Parfitt, 2007). In line with the dual-mode model, at these intensities, promoting autonomy would engage areas of the prefrontal cortex and serve to dampen negative stimuli due to increasing sensory input from the body. Evidence to support this notion has been acquired from studies utilising self-selected (Rose & Parfitt, 2012) and perceptually-regulated exercise (Parfitt et al., 2012). Perceptually-regulated exercise requires individuals to cognitively evaluate how hard they are working using the rating of perceived exertion scale (Borg, 1998). In comparison to prescribed or imposed exercise, affective responses during self-selected exercise are more positive (Parfitt et al., 2006; Rose & Parfitt, 2012). Moreover, individuals often self-select an intensity of exercise close to their VT (Ekkekakis, 2009a), which would result in improvements in physiological health if conducted on a regular basis.

The behavioural findings are promising, yet until recently; the regulation of affective responses in the brain has been difficult to investigate (Ekkekakis, 2009b) and has consequently remained largely overlooked (Booth et al., 2002). However, research is now utilizing methods such as near infrared spectroscopy to examine brain areas during exercise. This neuroimaging technique measures the oxygenation status of cerebral blood flow and is suitable for use during exercise (Perrey 2012). Prefrontal areas of the brain, known to be involved in executive and cognitive function (Miller & Cohen, 2001), have been measured during exercise at different intensities and are shown to be associated with affective responses (Tempest et al., 2014). In addition, prefrontal areas have been examined during the use of imagery to 'cognitively' improve affective responses (Tempest & Parfitt, 2013) and in relation to perceived tolerance of the intensity of exercise which impacts affective responses (Tempest & Parfitt, 2015). Continuing research along this line of enquiry will help to determine how affective responses are regulated during exercise. More importantly, it will help to develop ways to encourage individuals to feel good, or more importantly not feel bad. Until then, herein lies the key message, choose an intensity of exercise that feels good, is enjoyable and one is happy to continue in the future.

References

1. American College of Sports Medicine. (2013). ACSM's guidelines for exercise testing and prescription (9th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
2. Bixby, W.R., Spalding, T.W., & Hatfield, B.D. (2001). Temporal dynamics and dimensional specificity of the affective response to exercise of varying intensity: Differing pathways to a common outcome. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 23, 171-190.

3. Booth, F.W., Chakravarthy, M.V., Gordon, S.E., & Spangenburg, E.E. (2002). Waging war on physical inactivity: using modern molecular ammunition against an ancient enemy. *Journal of Applied Physiology*, 93, 3-30.
4. Borg, G. (1998). *Borg's Perceived Exertion and Pain Scales*. Human Kinetics; Champaign, IL.
5. Boutcher, S.H. (1990). Aerobic fitness: Measurement and issues. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 12, 235-247.
6. Damasio, A.R. (1994). *Descartes' error: Emotion, reason and the human brain*, New York: Grosset/Putnam.
7. Dishman, R.K., Berthoud, H.R., Booth, F.W., Cotman, C.W., Edgerton, V.R., Fleshner, ... Zigmond, M.J. (2006). Neurobiology of Exercise. *Obesity*, 14, 345-356.
8. Ekkekakis, P. (2009a). Let them roam free? Physiological and psychological evidence for the potential of self-selected exercise intensity in public health. *Sports Medicine*, 39, 857-888.
9. Ekkekakis, P. (2009b). Illuminating the black box: Investigating prefrontal cortical dynamics during exercise with near-infrared spectroscopy. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 31, 505-53.
10. Ekkekakis, P., & Acevedo, E.O. (2006). Affective responses to acute exercise: Toward a psychobiological dose-response model. In E.O. Acevedo & P. Ekkekakis (Eds.), *Psychobiology of physical activity* (pp. 91-109). Champaign, IL: Human Kinetics.
11. Ekkekakis, P., Hall, E.E., & Petruzzello, S.J. (2004). Practical markers of the transition from aerobic to anaerobic metabolism during exercise: Rationale and a case for affect-based exercise prescription. *Preventive Medicine*, 38, 149-159.
12. Ekkekakis, P., Hall, E.E., & Petruzzello, S.J. (2005). Variation and homogeneity in affective responses to physical activity of varying intensities: An alternative perspective on dose-response based on evolutionary considerations. *Journal of Sports Sciences*, 23, 477-500.
13. Ekkekakis, P., Hall, E.E., & Petruzzello, S.J. (2008). The relationship between exercise intensity and affective responses demystified: To crack the forty-year-old nut, replace the forty-year-old nutcracker! *Annals of Behavioral Medicine*, 35, 136-149.
14. Ekkekakis, P., Hall, E.E., Van Landuyt, L.M., & Petruzzello, S.J. (2000). Walking in (affective) circles: Can short walks enhance affect? *Journal of Behavioral Medicine*, 23, 245-275.
15. Ekkekakis, P., Parfitt, G., & Petruzzello, S.J. (2011). The pleasure and displeasure people feel when they exercise at different intensities: Decennial update and progress towards a tripartite rationale for exercise intensity prescription. *Sports Medicine*, 41, 641-671.
16. Ekkekakis, P., & Petruzzello, S.J. (1999). Acute aerobic exercise and affect: current status, problems and prospects regarding dose-response. *Sports Medicine*, 28, 337-74.
17. Ekkekakis P., & Petruzzello, S.J. (2000). Analysis of the affect measurement conundrum in exercise psychology: I. Fundamental issues. *Psychology of Sport and Exercise*, 1, 71-88.
18. Ekkekakis, P., & Petruzzello, S.J. (2002). Analysis of the affect measurement conundrum in exercise psychology: IV. A conceptual case for the affect circumplex. *Psychology of Sport and Exercise*, 3, 35-63.
19. Gaesser, G.A., & Poole, D.C. (1996). The slow component of oxygen uptake kinetics in humans. *Exercise and Sport Science Reviews*, 24, 25-70.
20. Gauvin, L., & Brawley, L.R. (1993). Alternative Psychological Models and Methodologies for the Study of Exercise and Affect. In P. Seraganian (Ed.), *Exercise Psychology: The Influence of Exercise on Psychological Processes* (pp. 146-171). New York: Wiley.

21. Hall, E.E., Ekkekakis, P., & Petruzzello, S.J. (2002). The affective beneficence of vigorous exercise revisited. *British Journal of Health Psychology*, 7, 47-66.
22. Hardy, C.J., & Rejeski, W.J. (1989). Not what, but how one feels: The measurement of affect during exercise. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 11, 304-317.
23. Haskell, W.L., Lee, I.M., Pate, R.R., Powell, K.E., Blair, S.N., Franklin, B.A.,... Bauman, A. (2007). Physical activity and public health: Updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 39, 1423-1434.
24. Kahneman, D. (1999). Objective happiness. In D. Kahneman, E. Diener & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: Foundations of hedonic psychology* (pp. 3-25). New York: Russell Sage Foundation Press.
25. Larsen, R.J., & Diener, E. (1992). Promises and problems with the circumplex model of emotion. In M.S. Clark (Ed.). *Review of Personality and Social Psychology: Emotion*, (Vol. 13, pp 25-59). Newbury Park, CA: Sage.
26. Miller, E.K. & Cohen, J.D. (2001). An integrative theory of prefrontal cortex function. *Annual Review of Neuroscience*, 24, 167-202.
27. Parfitt, G., Evans, H. & Eston R.G. (2013). Perceptually-regulated training at RPE13 is pleasant and improves physical health. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 44, 1613-1618.
28. Parfitt, G., Rose, E.A., & Burgess, W.M. (2006). The psychological and physiological responses of sedentary individuals to prescribed and preferred intensity exercise. *British Journal of Health Psychology*, 11, 39-53.
29. Penedo, F.J., & Dahn, J.R. (2005). Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current Opinion in Psychiatry*, 18, 189-193.
30. Perrey, S. (2012). NIRS for Measuring Cerebral Hemodynamic Responses During Exercise. In H. Boecker, C.H. Hillman, L. Scheef, & H.K. Strüder (Eds.). *Functional Neuroimaging in Exercise and Sport Sciences*, (pp.335-349). New York: Springer.
31. Rose, E.A., & Parfitt, G. (2007). A quantitative analysis and qualitative explanation of the individual differences in affective responses to prescribed and self-selected exercise intensities. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 29, 281-309.
32. Rose, E.A., & Parfitt, G. (2012). Exercise experience influences affective and motivational outcomes of prescribed and self-selected intensity exercise. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, Published online: doi: 10.1111/j.1600-0838.2010.01161.x.
33. Russell, J.A., (1980). A circumplex model of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 1161-1178.
34. Russell, J.A., & Feldman Barrett, L. (1999). Core affect, prototypical emotional episodes, and other things called emotion: Dissecting the elephant. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 805-819.
35. Schneider, M., Dunn, A., & Cooper, D. (2009). Affect, exercise and physical activity among healthy adolescents. *Journal of Sport and Exercise Psychology* 31, 706-723.
36. Tempest G.D., & Parfitt, G. (2013). Imagery use and affective responses during exercise: An examination of cerebral haemodynamics using near infrared spectroscopy. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 35, 503-513.
37. Tempest G.D., Eston, R., & Parfitt, G. (2014). Prefrontal cortex haemodynamics and affective responses during exercise: A multi-channel near infrared spectroscopy study. *PLoS ONE*, 9, e95924.
38. Tempest G.D., & Parfitt, G. (2015). Self-reported tolerance influences prefrontal cortex haemodynamics and affective responses. *Cognitive, Affective and Behavioural Neuroscience*, DOI 10.3758/s13415-015-0374-3.

39. Wells, J.G., Balke, B., & Van Fossan, D.D. (1957). Lactic acid accumulation during work; a suggested standardization of work classification. *Journal of Applied Physiology*, 10, 51-55.
40. Williams, D.M., Dunsiger, S., Ciccolo, J.T., Lewis, B.A., Albrecht, A.E., & Marcus, B.H. (2008). Acute affective response to a moderate-intensity exercise stimulus predicts physical activity participation 6 and 12 months later. *Psychology of Sport and Exercise*, 9, 231-245.
41. Williams, D.M., Dunsiger, S., Jennings, E.G., & Marcus, B.H. (2012). Does affective valence during and immediately following a 10-min walk predict concurrent and future physical activity? *Annals of Behavioral Medicine*, 44, 43-51.
42. World Health Organisation. (2010). Global recommendations on physical activity for health. [online]. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf [Accessed 20 November 2015].
43. World Health Organisation. (2014). Noncommunicable diseases country profiles 2014. [online]. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128038/1/9789241507509_eng.pdf [Accessed 20 November 2015].

УДК 159.9.07

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ГОТОВНОСТЬ СТУДЕНТОВ К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕДАГОГА

Т.А. Глазко¹, А.Б. Глазко²

¹Минский государственный лингвистический университет,

²Белорусский государственный университет физической культуры,
Минск, Республика Беларусь

На физиологическое состояние человека большое влияние оказывает его психоэмоциональное состояние, которое зависит, в свою очередь, от его ментальных установок. Поэтому, кроме общепринятых, дополнительными аспектами здорового образа жизни некоторые специалисты считают:

- эмоциональное самочувствие: умение справляться с собственными эмоциями;
- интеллектуальное самочувствие: способность человека узнавать и использовать новую информацию для оптимальных действий в новых обстоятельствах;
- духовное самочувствие: способность устанавливать действительно значимые, конструктивные жизненные цели и стремиться к ним, оптимизм.

Анализ психолого-педагогической литературы позволяет выделить следующие факторы снижения здоровья студентов в образовательном процессе вуза:

- стрессовая организация учебной деятельности и оценка ее результатов. Современные педагоги и психологи отмечают, что распространенным явлением стало состояние повышенной тревожности у студентов, которое выступает часто причиной различных отклонений в их психике и развитии;
- недостаточное соответствие методик и технологий обучения сохранению здоровья студентов. У значительной части студентов функциональное состояние ухудшается в результате того, что учебная нагрузка часто близка к недопустимой (Н.П. Абаскалова, 2001; Б.Г. Ананьев, 1977; Г.Л. Апанасенко, Л.А. Попова, 2000; И.А. Аршавский, 1982; И.И. Брехман, 1987);
- интенсификация учебного процесса. При сохранении общего количества часов в базисных учебных планах объем учебной информации значительно увеличивается по целому ряду предметов, а, следовательно, возрастает и нагрузка на студентов.

Данные исследований состояния здоровья студентов, обучающихся в вузах Республики Беларусь, свидетельствуют о том, что лишь 11-13% студентов составляет число абсолютно здоровых. По данным Фонда ООН в области народонаселения, за последние десять лет общая заболеваемость подростков в Беларуси возросла на 30,9%.

Согласно статистическим данным студенческой поликлиники г. Минска, в которой проходят обследования и лечение иногородние студенты:

- различные морфофункциональные отклонения имеют от 67% до 75% студентов;
- около 68% молодых людей имеют средний уровень физического развития;
- дисгармоничное и резко дисгармоничное развитие – около 30%;
- патологии органов пищеварения – 33,3%;
- болезни системы кровообращения – 28,5%;
- нервно-психические расстройства – 17,1%.

По данным изучения состояния здоровья студентов учреждений высшего образования в целом по Республике Беларусь, за весь период обучения у студенческой молодежи наиболее распространенными являются функциональные нарушения нервной системы. Неврастенические, астеновегетативные синдромы, вегетодисфункции и вегетоневрозы были обнаружены у 31-56,6% студентов разных курсов. Причем, в большей степени ими страдают первокурсники.

В структуре заболеваний и травм, которые послужили причиной предоставления академического отпуска, наибольший удельный вес имели заболевания и травмы опорно-двигательного аппарата и черепно-мозговые травмы и их последствия – 11,2%, отдаленные последствия нейроинфекции – 7,2%.

Год от года растет количество студентов, поставленных на диспансерный учет.

Учитывая имеющийся уровень заболеваемости студенческой молодежи, нельзя забывать о том, что их будущая профессиональная деятельность таит в себе возможность возникновения еще и профессиональных заболеваний. Это могут быть болезни различных органов и систем, возникающие из-за нервных и физических нагрузок, например, болезни опорно-двигательного аппарата, спровоцированные неудобными рабочими позами или ограничением двигательной активности; желудочно-кишечные заболевания, связанные с несоблюдением пищевого режима; нервные и психические расстройства, сердечно-сосудистые заболевания, возникающие в результате стрессовых ситуаций, имеющих место, как в быту, так и в рабочей обстановке.

Педагогическая профессия требует большого интеллектуального напряжения при слабой мышечной активности.

Особенности умственного труда заключаются в:

- напряженности мыслительных процессов, обусловленных высокой динамичностью и силой возбuditельно-тормозных процессов в центральной нервной системе;
- неравномерности нагрузок, необходимости принимать срочные и нестандартные решения, возможности возникновения конфликтных ситуаций;
- нерегламентированном графике работы;
- сложности взаимоотношений с окружающими;
- массивном и плотном потоке информации, напряжении памяти, внимания, восприятия и воспроизведении новой информации;
- низкой двигательной активности.

Педагогический труд требует хорошего здоровья, физической и психической подготовленности, уравновешенности нервных процессов, высокой работоспособности, чтобы выдерживать действие сильных раздражителей, уметь концентрировать внимание, быть активным, бодрым, сохраняя на протяжении всего рабочего дня высокий общий и

эмоциональный тонус, способность быстро восстанавливать силы. Высокие требования к уравновешенности нервных процессов вызваны тем, что преподавателю в его деятельности необходимо проявлять сдержанность, терпение, уравновешенность, собранность, уметь четко излагать мысли и т.д.

Предъявляемые требования к подвижности нервных процессов заключаются в быстром переключении с одного вида деятельности на другой; необходимости быстрой адаптации к изменяющейся обстановке, способности устанавливать контакты, непринужденно чувствовать себя в кругу незнакомых и малознакомых людей (Ю.В. Щербатых, 2006).

Одной из особенностей труда педагога является необходимость проявлять постоянный самоконтроль, преодолевать свое эмоциональное напряжение, поддерживать концентрацию внимания для достижения высоких педагогических результатов.

Исходя из вышесказанного, на кафедре физического воспитания и спорта было предпринято исследование наличия у студентов заболеваний нервной системы, а также признаков тревожности и депрессии, которые являются одними из определяющих факторов наличия невротоподобных состояний.

Анализ нозологических форм 985 студентов 1-4 курсов специального учебного отделения, проведенного на основании медицинских справок об их принадлежности к медицинской группе, выявил, что заболевания нервной системы, большинство которых составляют нейроциркуляторные дистонии, неврозы, последствия черепно-мозговых травм и др.) имеют 8,9% из общего количества диагнозов.

Методом анкетирования (Диагностика тревожности и депрессии) в мае 2015 года было опрошено 62 студентки специальных медицинских групп (СМГ).

В результате анализа ответов на предложенные в анкете вопросы выявлено, что 22,6% из них испытывают постоянное чувство вялости, у 45,1% это чувство возникает от случая к случаю и лишь 9,7% девушек чувствуют себя энергичными и трудоспособными. Часто ощущают беспокойство, испытывают тревогу, нервничают по малейшему поводу более трети опрошенных студенток (таблица). Видимо излишние переживания совместно с учебными и другими нагрузками «выхолащивают» нервную систему, поскольку у более трети студенток возникает стойкое желание побыть одной. С другой стороны большинство девушек испытывают постоянную потребность в дружбе и ласке и, не смотря ни на что, большинство из них (58,1%) не считают, что в их жизни мало радости и счастья. Результаты представлены в таблице 1

Таблица 1 – Диагностика тревожности и депрессии у студенток специальных медицинских групп, n=62

Вопрос	Наличие состояния, указанного в вопросе, кол-во человек, %				
	бывает почти постоянно или всегда	бывает часто	бывает время-нами	встречалось очень редко	никогда не было
1.Замечаете ли Вы, что стали более медлительны и вялы, что нет прежней энергичности?	6,5	16,1	45,1	22,6	9,7
2. Вам трудно бывает заснуть, если Вас что-нибудь тревожит?	3,2	16,1	35,5	38,7	6,5
3. Чувствуете ли Вы себя подавленным и угнетенным?	-	6,1	38,7	32,3	12,9

4. Бывает ли у Вас ощущение какого-либо беспокойства (как будто что-то должно случиться), хотя особых причин нет?	5,0	19,4	40,5	29,0	13,0
5. Замечаете ли Вы, что сейчас испытываете меньшую потребность в дружбе и ласке, чем раньше?	6,5	9,7	9,7	32,3	41,8
6. Приходит ли Вам мысль, что в Вашей жизни мало радости и счастья?	-	16,1	25,8	32,3	25,8
7. Замечаете ли Вы, что стали каким-то безразличным, нет прежних интересов и увлечений?	-	6,5	29,0	38,7	25,8
8. У Вас бывают периоды такого беспокойства, что Вы даже не можете усидеть на месте?	-	3,2	41,9	38,7	16,2
9. Ожидание Вас тревожит и нервирует?	3,2	32,3	35,5	25,8	3,2
10. У Вас бывают кошмарные сновидения?	-	6,5	25,8	41,9	25,8
11. Вы испытываете тревогу и беспокойство за кого-нибудь или за что-нибудь?	3,2	29,0	41,9	22,6	3,2
12. Бывает ли у Вас чувство, что к Вам относятся безразлично, никто не стремится Вас понять и посочувствовать и Вы ощущаете себя одиноким?	3,2	6,5	32,3	41,9	16,1
13. Вы обращали внимание на то, что руки или ноги часто находятся у Вас в беспокойном движении?	3,2	6,5	19,4	32,3	38,6
14. Чувствуете ли Вы у себя нетерпеливость, непоседливость или суетливость?	3,2	3,2	35,5	41,9	16,2
15. Вам часто хочется побыть одному?	6,5	25,8	45,1	12,9	9,7
16. Вы замечаете, что Ваши близкие относятся к Вам равнодушно или даже неприязненно?	-	3,2	3,2	35,5	58,1
17. Вы чувствуете себя скованно и неуверенно в обществе?	16,4	-	22,6	29,0	29,1
18. Приходят ли Вам мысли, что Ваши подруги (друзья) или близкие более счастливы, чем Вы?	-	16,1	16,1	38,7	29,0
19. Прежде, чем принять решение, Вы долго колеблетесь?	9,7	29,4	22,6	26,7	11,6
20. У Вас возникает чувство, что во многих неприятностях виноваты Вы сами?	3,2	25,8	25,8	32,3	12,9

Многие девушки явно неуверенны в своих силах, в том числе в профессиональных возможностях, о чем свидетельствует высокий процент опрошенных, долго колеблющихся в принятии решений и демонстрирующих низкую самооценку, последствием которой является постоянное наличие у девушек чувства, что во многих неудачах и неприятностях виноваты они. Хотя данный факт можно интерпретировать по-разному, например, особенностям проявления характера или психического состояния, неуверенности в собственных силах, неспособности устанавливать действительно значимые, конструктивные жизненные цели и стремиться к ним, оптимизм и др.

В результате предпринятого исследования были предприняты пути регуляции имеющихся негативных состояний средствами физической культуры.

В современном мире человек каждый день сталкивается со стрессовыми ситуациями, с которыми для поддержания психологического равновесия необходимо бороться. Одним из самых эффективных средств укрепления здоровья и повышения способностей организма противостоять воздействию стрессорных раздражителей является использование физических

упражнений, то есть «выбивание» психического стресса движением. Физические упражнения оказывают вдвойне полезный эффект, укрепляют не только тело, но и настрой человека (С. Гремлинг, С. Ауэрбах, 2002, Л.Д. Панченко, 2003:).

Доказано, что занятия физкультурой и спортом являются существенным фактором профилактики и коррекции психологического стресса. В первую очередь, это обусловлено тем, что физическая активность является естественным, генетически обусловленным ответом организма на стресс. Кроме того, занятия физкультурой и спортом отвлекают сознание человека от проблемной ситуации, переключая внимание на новые раздражители, снижая тем самым значимость актуальной проблемы. Дополнительно спорт активизирует работу сердечно-сосудистой и нервной систем, сжигает избыток адреналина, повышает активность иммунной системы (Л.В. Абольян, 1982).

Физические упражнения – одно из самых действенных средств борьбы со стрессом. Использование физических упражнений полезно для преодоления стресса сразу с нескольких позиций: как мощный отвлекающий от переживаний фактор и как тренировочное средство, повышающее общую устойчивость организма к неблагоприятным воздействиям (С. Гремлинг, 2002; Л.Д. Панченко, 2003; Ю.В. Щербатых, 2006). То, что спортсмены более адаптированы к стрессам – это научный факт. Так, например, даже небольшая физическая активность повышает в крови уровень эндорфинов – гормонов, способных поднимать настроение и подавлять боль. Плавание, пешие прогулки, утренняя гимнастика, бег и любые другие виды физической активности, адаптивные к уровню физического состояния человека и подходящие ему по наличию тех или иных предпочтений к занятиям физическими упражнениями, поднимают жизненный тонус, придают уверенность в себе и повышают возможность справиться со стрессом.

В занятиях физической культурой для улучшения регуляции нервной системы возможно не только использование общепринятых (общеразвивающих) физических упражнений, но и упражнений из различных оздоровительных направлений фитнеса: пилатеса, бодифлекса, дыхательных гимнастик, стретчинга, йоги, аутогенной тренировки и др. Кроме того, немаловажную роль в снижении нервного напряжения имеет самомассаж, выполняемый ручным способом и с помощью различных приспособлений, ароматерапия, светотерапия, проведение групповых и индивидуальных бесед по соответствующей тематике.

Таким образом, предпринятое исследование выявило, что, студентки специального учебного отделения, помимо диагнозов, степень и тяжесть которых соответствует их принадлежности к данной группе, имеют определенные психофизиологические особенности, последствием которых являются:

- вялость, потеря энергичности в действиях;
- повышенное чувство тревожности, беспокойства, нервозности;
- сниженная самооценка, неуверенность в своих силах;
- повышенная потребность в дружеской поддержке и общении, ласке.

Все это свидетельствует о том, что психологическая готовность студентов к профессиональной деятельности находится не на должном уровне, и службы учреждения высшего образования должны объединить свои усилия по созданию не только более комфортных условий на всех этапах обучения студентов, но и оказывать психологическую и иную помощь в коррекции имеющихся у них психических состояний. Кафедра физической культуры в этом вопросе должна занять лидирующую позицию, подобрав средства, программы, соответствующие методики для нивелирования имеющихся отклонений в психофизиологическом состоянии студентов и ориентирования их физической подготовки к предстоящей профессиональной деятельности.

Список литературы

1. Абаскалова, Н.П. Системный подход в формировании здорового образа жизни субъектов образовательного процесса «школа-вуз»: монография / Н.П. Абаскалова. – Новосибирск : Изд-во НГПУ, 2001. – 316 с.
2. Абольян, Л.В. Влияние уровня физической подготовленности на развитие утомления у лиц малоподвижных профессий : автореф. Дис. ... канд. Пед. Наук : 13.00.04 / Л.В. Абольян ; Всесоюз. Науч.-исслед. Ин-т. – М., 1982. – 22 с.
3. Ананьев, Б.Г. О проблемах современного человекознания / Б.Г. Ананьев. – М. : Наука, 1977. – 380 с.
4. Апанасенко, Г.Л. Медицинская валеология / Г.Л. Апанасенко, Л.А. Попова. – Ростов н/Д : Феникс, 2000. – 248 с.
5. Аршавский, И.А. Физиологические механизмы и закономерности индивидуального развития / И.А. Аршавский // основы негэнтропийн. Теории онтогенеза. – М. : Наука, 1982. – 270 с.
6. Брехман, И.И. Введение в валеологию – науку о здоровье / И.И. Брехман. – Л. : Наука, 1987. – 125 с.
7. Гремлинг С. Практикум по управлению стрессом / С. Гремлинг, С. Ауэрбах. – СПб., 2002. – 300 с.
8. Панченко Л. Д. Диагностика стресса / Л.Д. Панченко. – М., 2003. – 242 с.
9. Щербатых Ю. В. Психология стресса и методы коррекции / Ю.В. Щербатых : учеб. пособие. СПб.: Питер, 2006. 256 с.

УДК 159.9.07

ОСОБЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ, ОБРАЗА И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СТАРШЕКЛАССНИКОВ, ПОЛЬЗУЮЩИХСЯ ИНТЕРНЕТОМ

А.В. Даниленко, С.С. Даниленко

УО «Брестский государственный университет имени А.С. Пушкина»,
Брест, Республика Беларусь

В последние годы вопросы здоровья подрастающего поколения приобретают особую актуальность и становятся приоритетными в политике государства. Разработан целый комплекс мероприятий, направленных на оптимизацию медицинской помощи населению, на сохранение и укрепления здоровья детей и подростков.

Одной из первоочередных задач Концепции развития здравоохранения Республики Беларусь является сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни.

Социально-экономические трудности, недооценка профилактического направления в области медицины, перегруженность школьных программ, в последние десятилетия во многом определили тот факт, что здоровье детей в XXI веке рассматривается как катастрофическое и угрожающее национальной безопасности.

Ухудшение здоровья детей является результатом многих факторов, но в основе лежит истощение компенсаторных возможностей и адаптационных систем организма, причем, в современных условиях, ведущими факторами риска являются социально-гигиенические условия и образ жизни детей.

Здоровье – категория, в значительной степени социально обусловленная. Если проранжировать факторы риска, определяющие нарушение здоровья детского и взрослого населения, то они расположатся в следующем порядке: образ жизни; генетическая предрасположенность и биологические особенности организма человека; внешняя среда

(условия жизни, экология и природно-климатические условия); уровень и качество медицинской помощи населению.

Образ жизни трактуется в философской литературе как «совокупность типичных видов жизнедеятельности индивида, которая берется в единстве с условиями жизни» (Гурылев, 2002).

Образ жизни – одна из важнейших биосоциальных категорий, интегрирующих представления об определенном виде (типе) жизнедеятельности человека. Образ жизни характеризуется особенностями жизни человека, охватывающими его трудовую деятельность, быт, формы использования свободного времени, удовлетворение материальных и духовных потребностей, участие в общественной жизни, нормы и правила поведения (Левин, 2003).

По мнению Э.Н. Вайнера (Вайнер, 2005), понятие «образ жизни» следовало бы определить как способ жизнедеятельности человека, которого он придерживается в повседневной жизни в силу социальных, культурных, материальных и профессиональных обстоятельств. В таком определении особенно следует выделить культурологический аспект, который подчеркивает, что образ жизни не тождественен условиям жизни, которые лишь опосредуют и обуславливают образ жизни материальными и нематериальными факторами. Культура же человека в контексте рассматриваемого вопроса означает, что человек в силу освоенных им знаний и жизненных установок сам выбирает себе образ жизни с учетом ее условий (Аронов, 2002).

Для каждого человека естественно стремление к благополучию в различных сферах жизнедеятельности: в образовании, в труде, в быту, в отдыхе, общении и т.д. Достижение полного благополучия, т.е. физического, психического и социального, во многом зависит от того, какой образ жизни ведет человек – здоровый или нездоровый.

Взаимосвязь между образом жизни и здоровьем выражается в понятии «здоровый образ жизни». Это понятие объединяет все, что способствует выполнению человеком профессиональных, общественных и бытовых функций в оптимальных для здоровья условиях, и выражает ориентированность личности в направлении формирования, сохранения и укрепления индивидуального и общественного здоровья (Аронов, 2002).

В странах с высоким уровнем развития медицины, для оценки состояния здоровья населения, оценки качества существующих и вновь разрабатываемых медицинских профилактических и лечебных программ, в последние годы, используется критерий качества жизни, поскольку традиционные критерии эффективности лечебных мероприятий, отражающих изменения физического состояния, т.е. биологических функций, не дают полного представления о жизненном благополучии больного, о его физическом, психологическом и социальном состоянии (Шарапова, 2008).

Эта проблема актуальна в настоящий момент, поскольку здоровье детей относится к основополагающим факторам качества жизни населения. В Беларуси этой проблеме пока еще не уделяется должного внимания. Немногочисленные исследования посвящены, в основном, изучению влияния отдельных заболеваний на качество жизни детей. В образовательной практике отсутствует комплексный подход к изучению качества жизни детей, не определены популяционные нормативы, отсутствует анализ факторов, влияющих на параметры качества жизни детей разного возраста, в связи с чем, изучение качества жизни расценивается как важнейшая задача современной науки (Новик, 1999).

Последнее десятилетие характеризуется нарастающим ухудшением состояния здоровья детей, что обусловлено высокими учебными нагрузками, хроническим стрессом, гиподинамией и ухудшением качества питания.

В школьной популяции увеличивается численность детей с хроническими заболеваниями и функциональными отклонениями. Хронические заболевания диагностируются в среднем у 40-45% школьников, а около 70% из числа условно

здоровых составляет доля детей с различными морфофункциональными нарушениями. Численность полностью здоровых школьников в среднем не превышает 10% и снижается до 7% в старших классах, где заметно увеличивается доля учащихся с отклонениями в состоянии здоровья, в том числе с хронической патологией. Как правило, формирование хронических заболеваний у школьников начинается с 11-12 лет.

До 49% учащихся первых классов имеют отклонения в состоянии здоровья (группа риска). К моменту приема в 5 классы количество здоровых детей (1-я группа здоровья) снижается на 53,6%, а количество детей с хронической патологией и функциональными расстройствами (3-я группа здоровья) увеличивается на 86,6%. В различных возрастных группах от 12% до 43% детей имеют функциональные отклонения по двум и более признакам. К окончанию школы не более 7% детей могут считаться здоровыми (1-я группа здоровья).

Структура заболеваемости школьников характеризуется доминированием патологии опорно-двигательной системы – 24%, второе место занимают болезни органов пищеварения – 19%, третье – болезни нервной системы и психической сферы – 14%. Хронические заболевания органов пищеварения занимают лидирующее место в структуре хронической соматической патологии у детей старшего возраста.

Цель работы – оценка особенностей здоровья, параметров образа и качества жизни старшеклассников, пользующихся интернетом.

Организация и методы исследования.

Исследование является частью совместного международного двустороннего не финансируемого исследования вузов-партнеров УО «БрГУ имени А.С. Пушкина» (Брест, Республика Беларусь) УАМ в г. Познань, АМ во Вроцлаве (Республика Польша).

В представленной здесь, части исследования, принимали участие старшие школьники – учащиеся 11-х классов ГУО «Гимназия г. риянтиров», ГУО «СОШ №37 города Бреста» (№ 150). Использовались методы: наблюдение, анализ медицинских карт учащихся, опрос (специализированные международные анкеты и опросники) и методы статистической обработки данных.

Состояние здоровья детей изучалось на основе медицинских карт и специализированных международных анкет.

Особенности использования интернета изучались по специальной анкете.

Для определения влияния компьютера на зрение учащихся исследуемых групп было проведено анкетирование. Учащимся было предложено заполнить специальную «окулистическую анкету».

Качество жизни изучалось с помощью Опросника MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), сертифицированного для детей 14 лет и старше, рекомендуемого для проведения популяционных исследований, как здоровых лиц, так и имеющих хронические заболевания.

По результатам проводили расчет 8 параметров: физическое функционирование (ФФ); ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (РФФ); интенсивность боли (телесная боль) (Б); общее состояние здоровья (ОЗ); жизненная активность (ЖА); социальное функционирование (СФ); ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (РЭФ); психическое здоровье (ПЗ).

Шкалы группировались в два показателя «физический компонент здоровья» и «психологический компонент здоровья»:

1. Физический компонент здоровья (Physical health – PH).

Составляющие шкалы:

- Физическое функционирование.
- Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием.
- Интенсивность боли.

- Общее состояние здоровья.
- 2. Психологический компонент здоровья (Mental Health – МН).

Составляющие шкалы:

- Психическое здоровье.
- Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием.
- Социальное функционирование.
- Жизненная активность.

Ответы на вопросы кодировались в баллах от 0 до 100. Большее количество баллов соответствует более высокому уровню качества жизни.

Изучение психопатологической симптоматики осуществлялось с помощью специализированного Опросника SCL-90-R.

Он содержит 90 пунктов, и его назначение состоит в том, чтобы оценивать паттерны психологических признаков у больных и здоровых лиц. Первоначальная версия шкалы, разработанная на основании клинической практики и психометрического анализа, затем была модифицирована и валидизирована.

Ответы на 90 пунктов подсчитывались и интерпретировались нами по 9 основным шкалам симптоматических расстройств: соматизации, обсессивности-компульсивности, межличностной сензитивности, депрессии, тревожности, враждебности, фобической тревожности, паранойяльных тенденций, психотизма и по трем обобщенным шкалам второго порядка: общий индекс тяжести симптомов, индекс наличного симптоматического дистресса, общее число утвердительных ответов. Индексы второго порядка предложены для того, чтобы иметь возможность более гибко оценивать психопатологический статус. Дополнительные вопросы участвовали в общей обработке и использовались «конфигурально».

Результаты и их обсуждение.

Результаты проведенного анкетирования показали, что все учащиеся (100%) имеют дома выход в Интернет и используют его ежедневно для работы и развлечений. В среднем учащиеся около 2-х часов ежедневно и 6 часов в неделю проводят в сети. Из них около 1 часа этого времени они тратят на работу, а 1 час на сетевые удовольствия (чаты, чтение почты, социальные сети и др.).

Из общего количества детей около 20% утверждают, что расход времени для просмотра веб-страниц становится у них с каждым днем больше.

Не могут сознательно ограничить себя от работы в сети интернет 25% из числа опрошенных, а около 55% могут оставаться on-line дольше, чем это запланировано.

При этом 100% учащихся не признают, что раздражаются при сокращении работы в сети, и никто из опрошиваемых не смог бы пренебречь личными отношениями или школой по причине того, что зависят от интернета.

Однако 10% опрошенных скрывали правду о времени, которое они потратили на просмотр веб-сайтов.

Большинство учащихся используют интернет, чтобы уйти от личных проблем или облегчить неприятное самочувствие.

Таким образом, интернет в жизни учащихся старших классов – неотъемлемая составляющая их повседневной жизни. При этом время, выделяемое на интернет учащиеся, не зависимо от пола, тратят на работу и сетевые удовольствия.

Установлено, что нарушение зрения, выявляются у 18% испытуемых. Нарушение зрения проявлялось как близорукость или дальнозоркость. Астигматизма у испытуемых не выявлено. При этом 15% учащихся ответили, что у их ближайших родственников имеются нарушения зрения. Нарушения зрительной функции у старших школьников происходит, в том числе, и из-за нарушения режима работы за компьютером.

Большинство опрашиваемых учащихся не испытывают дискомфорта во время работы за компьютером. Лишь небольшая часть, как юношей, так и девушек, при работе за компьютером испытывают изредка жжение в глазах, покраснение глаз, слезотечение, щипание и покалывание в глазах.

Анализ медицинских карт показал, что большая часть юношей и девушек выборки имеют функциональные отклонения в состоянии здоровья – около 70% (II группа).

Практически здоровых девушек меньше, чем юношей, количество лиц, страдающих хроническими заболеваниями (III группа) представлена равноценно у юношей и девушек – около 20%.

Детские инфекции (корь, краснуха, ветряная оспа, эпидемический паротит, скарлатина) в основной группе перенесли около 70% испытуемых.

Лидирующая группа заболеваний среди старших школьников – острые болезни органов дыхания (острые респираторные вирусные заболевания, фарингиты, бронхиты, пневмонии) – около 20% юношей и девушек.

Далее по распространенности следуют вегетативная дисфункция и заболевания ЖКТ гастрит и дуоденит, нарушения зрения и опорно-двигательного аппарата.

В состоянии психологического здоровья у учащихся исследуемого класса не выявлено отклонений от нормы все исследуемые показатели находятся в пределах нормы во всех группах здоровья. Эти данные подтверждают результаты проведенного изучения психопатологической симптоматики с помощью Опросника SCL-90-R. Результаты тестирования учащихся 11-х классов не имеют превышения средних значений в норме.

По данным других исследователей, качество жизни детей, имеющих хронические заболевания, хуже, чем у здоровых сверстников. При этом степень нарушения качества жизни имеет свои особенности при разных заболеваниях, в одних случаях, затрагивая в большей степени физические аспекты, в других – психосоциальные.

Полученные нами данные свидетельствуют о существенных различиях в субъективной оценке качества жизни в исследуемых группах. Согласно принятой методике, показатели четырех шкал опросника – физическое функционирование, ролевое функционирование, интенсивность боли и состояние здоровья характеризуют физический компонент здоровья

Показатели шкалы физического компонента качества жизни старших школьников по тесту SF-36 (в баллах) распределяются следующим образом:

Уровень «физического функционирования», отражающий, насколько физическое состояние ограничивает в течение обычного дня выполнение физических нагрузок, т.е. характеризует диапазон сильной физической активности, довольно высок – от 92,3 у юношей до 93,9 у девушек.

Значения по шкале «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» ниже, чем по шкале «физическое функционирование», при этом соотношение величин по группам опрошенных лиц такое же, как и по предыдущей шкале: этот показатель, свидетельствующий о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием, ниже у юношей на 3 балла, по сравнению с девушками (72,4 у юношей и 75,8 у девушек).

Интенсивность боли у юношей характеризуется 78,7 баллами, у девушек – 81,7. Подобное снижение показателя в группе можно объяснить ухудшением состояния здоровья в период обучения в школе за счет присоединения хронической патологии, которая проявляется в первую очередь болевым синдромом. Показатели физической сферы, социального функционирования и ролевого эмоционального функционирования у детей 16-17 лет, находятся в оптимальном диапазоне характеристик (70-100 баллов).

Для юношей характерны и более низкие значения субъективной оценки общего состояния своего здоровья: величина показателя шкалы «состояние здоровья» у них на 12

баллов ниже, чем у девушек и составляет 63,8 в сравнении с 75,5 у девушек. Такая более низкая самооценка выпускниками состояния своего здоровья отражает, несомненно, объективную картину здоровья учащихся. Как известно, выпускники, относятся к группе населения с повышенным уровнем риска заболеваний. Это обусловлено большой психоэмоциональной нагрузкой в выпускном классе, значительной умственной работой (в том числе и с репетиторами), необходимостью адаптации к новым условиям обучения при поступлении в ВУЗ или СУЗ.

Адаптация к комплексу факторов, специфичных для выпускников общеобразовательной школы, сопровождается, как правило, значительным напряжением компенсаторных приспособительных систем организма учащихся.

Ниже представлены данные психологического компонента качества жизни. Шкала «жизненная активность» характеризует жизненную энергию в противовес усталости, «психическое здоровье» оценивает степень тревоги, депрессии, указывает на снижение эмоционального и поведенческого контроля. Значения шкалы «социальное функционирование» отражают степень ограничений в социальной жизни, «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» позволяет судить о влиянии эмоционального состояния на повседневную деятельность.

Показатели шкалы психологического компонента качества жизни старших школьников по тесту SF-36 (в баллах) распределяются следующим образом.

Значения по шкале «жизненная активность» довольно низки у всех респондентов (56,7 у юношей и 67,8 у девушек). У юношей ощущение чувства усталости преобладает над энергичностью, в группе девушек чувство усталости уменьшается и становится почти равным чувству энергичности.

У юношей и девушек низкие показатели отмечаются по шкале «ролевое эмоциональное функционирование». Это означает, что эмоциональное состояние мешает выполнению повседневной работы (отмечается уменьшение объема выполняемой работы, большие затраты времени на нее). Необходимо также обратить внимание на наличие депрессии, тревоги, снижение эмоционального контроля у учащихся, особенно юношей, о чем свидетельствуют данные шкалы «психическое здоровье». Показатели психического здоровья у юношей ниже, чем у девушек на 12 баллов (60,1 у юношей и 72,3 у девушек).

Однако при всем этом отмечается лишь некоторое снижение социальной активности во всех группах обследуемых – (значения колеблются от 74,2 до 76,9), что свидетельствует об интенсивной способности к общению с другими людьми.

Качество жизни в целом чуть выше у юношей, чем у девушек. Девушки хуже оценивают свое эмоциональное и психическое состояние в сравнении с юношами. В целом, результаты оценки выраженности психопатологической симптоматики у юношей и девушек в исследуемой группе и сравнение их с показателями норм позволяют нам говорить о том, что в обеих группах исследуемых наблюдаются средние показатели практически по всем шкалам Опросника SCL-90-R

Выводы. Состояние соматического и психологического здоровья учащихся находится в границах обозначенных норм. Расстройств и отклонений в выраженности психопатологической симптоматики у девушек и юношей исследуемых классов не наблюдается. Девушки по сравнению с юношами несколько хуже оценивают свое социальное, эмоциональное и психическое состояние.

Интернет присутствует в жизни всех учащихся исследуемых классов вне зависимости от половой принадлежности. Время, выделяемое на работу в интернете, учащиеся тратят на работу и сетевые удовольствия, от которых они могут отказаться в пользу личных отношений или занятий в школе. Несмотря на полученные результаты, существует тенденция к постоянному увеличению времени пользования интернетом и это, неизбежно, усилит негативную симптоматику.

Список литературы

1. Аронов Д.М., Зайцев В.П. Методика оценки качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Кардиология. – 2002.-N 5.-С 92-95
2. Баловсяк Н. Компьютер и здоровье. – Питер. – 2008.- 208 с.
3. Вайнер Э. Н. Валеология: Учебник для вузов. – 3-е изд. – М.: Флинта: Наука, 2005.- 345 с.
4. Гурылева М.Э., Визель А.А., Хузиева Л.В. Оценка качества жизни больных с заболеваниями органов дыхания // Проблемы туберкулеза. – 2002.-N 5.-С. 55-61.
5. Левин М. Я. Качество жизни и влияющие на него факторы: учеб пособие, изд. 2-е, доп. /М. Я. Левин, В. А. Таймазов, Л.Ю. Орехова, В Н. Степанова. – СПб.: изд-во «Олимп СПб.», 2003. – 360 с.
6. Новик, АА., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. СПб: Элби, 1999: 140 с.
7. Шарапова, О.В., Лысиков И.В. О совершенствовании медицинской помощи учащимся в общеобразовательных учреждениях. Рос. Вестн. Перинатологии и педиатрии. 2008; 53 (1): 6-9

УДК 159.9.07

ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С НЕКОТОРЫМИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ И УСЛОВИЯМИ ЖИЗНИ ДЕТЕЙ

А.В. Даниленко

УО «Брестский государственный университет имени А.С. Пушкина»,
Брест, Республика Беларусь

Введение. Здоровье общества определяется, прежде всего, здоровьем детей и подростков. Особенности развития подрастающего поколения, а также его физический и умственный потенциал, уровень здоровья, могут стать предпосылками экономической стабильности, роста и преодоления социально-экономического кризиса или наоборот.

В Республике Беларусь принят ряд законов и постановлений, обеспечивающих законодательную базу охраны здоровья подрастающего поколения. Среди них: законы «О здравоохранении», «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», «О правах ребенка», Государственная программа «Здоровье» и т.д. Вместе с тем, в связи с социально-экономическим кризисом последних лет усиливаются отрицательные тенденции в динамике здоровья детского населения: растет численность детей с хронической патологией и морфофункциональными отклонениями, остается высокой острая заболеваемость.

В школьной популяции увеличивается численность детей с хроническими заболеваниями и функциональными отклонениями. Хронические заболевания диагностируются в среднем у 40-45% школьников, а около 70% из числа условно здоровых составляет доля детей с различными морфофункциональными нарушениями. Численность полностью здоровых школьников в среднем не превышает 10% и снижается до 7% в старших классах, где заметно увеличивается доля учащихся с отклонениями в состоянии здоровья, в том числе с хронической патологией. Как правило, формирование хронических заболеваний у школьников начинается с 11-12 лет.

До 49% учащихся первых классов имеют отклонения в состоянии здоровья (группа риска). К моменту приема в 5 классы количество здоровых детей (1-я группа здоровья) снижается на 53,6%, а количество детей с хронической патологией и функциональными расстройствами (3-я группа здоровья) увеличивается на 86,6%. В различных возрастных

группах от 12% до 43% детей имеют функциональные отклонения по двум и более признакам. К окончанию школы не более 7% детей могут считаться здоровыми (1-я группа здоровья).

Сокращение финансирования на строительство, реконструкцию и ремонт школьных зданий, приводит к стабильно высоким уровням и негативной динамике нарушений осанки и остроты зрения.

Цель работы – изучить особенности заболеваемости детского населения и их взаимосвязь с некоторыми психологическими факторами и условиями жизни детей.

Задачи исследования:

1. На основе теоретического анализа изучить проблему заболеваемости детского населения и ее профилактику

2. Изучить психологический климат и эмоциональную обстановку вокруг часто болеющих и редко болеющих детей

3. Изучить влияние взаимоотношений между родителями на заболеваемость детей

4. Изучить влияние на заболеваемость детей отношений между братьями и сестрами в семье

В ходе теоретического и эмпирического анализа конкретизирована связь между структурой детской заболеваемости и психологическими факторами профилактики. Изучено влияние психологического климата в семье на заболеваемость детей в целом и на структуру заболеваемости детского населения в частности. Также анализируется влияние различных типов взаимоотношений в семье на частоту заболеваемости детей.

Организация и методы исследования. Исследование проводилось на базе ГУО «Ясли-сад № 2 г. Кобрина».

В исследовании психологического климата и эмоциональной обстановки вокруг часто болеющих и редко болеющих детей, участвовало 40 испытуемых – родителей детей старшей группы.

В исследовании влияния взаимоотношений между взрослыми членами семьи на детей, а также в исследовании влияния отношений между детьми в семье на заболеваемость приняли участие дети старшей группы в количестве 40 человек, в возрасте 5-6 лет.

В эмпирическом исследовании использовались следующие методы: наблюдение, опрос, интервью, проективный рисуночный тест.

Для обработки данных применялись: математические методы вычисления средних значений, выраженные в процентах, описательная характеристика полученных результатов.

Родителям, для оценки климата в семье был предложен специальный бланк методики «Психологический климат семьи». Исследование проводилось анонимно, однако присваивалась определенная нумерация для сопоставления с рисунками детей. По результатам теста дети были нами разделены на следующие группы:

1. Часто болеющие (группа 1)

2. Редко болеющие (группа 2)

Для исследования особенностей внутрисемейных отношений был использован проективный рисуночный тест «Рисунок семьи». Тест предназначен для выявления отношения ребенка к членам своей семьи.

Результаты и их обсуждение.

Анализ данных показывает, что дети и родители по-разному оценивают психологический климат в семье. Уже в столь раннем возрасте дети очень чувствительны к семейным взаимоотношениям. Если родители часто не замечают недостатков в отношениях, то с точки зрения детей оценки не так позитивны, что, несомненно, влияет на их здоровье.

По результатам теста родителей разделили на 4 группы в зависимости от показателя, который варьировал в диапазоне от 0 до 35 баллов:

- 0-8 баллов – группа I.
- 9-15 баллов – группа II.
- 16-22 балла – группа III.
- 23-35 баллов – группа IV.

В первую группу попало 15% родителей, чьи семьи были отнесены к категории с устойчивым отрицательным психологическим климатом, по характеру взаимоотношений между их членами. В этом диапазоне находятся показатели супругов, принявших решение о разводе или признающих свою совместную жизнь «трудной», «невыносимой», «кошмарной».

Ко второй группе по количеству полученных баллов отнесено 22,5% родителей из семей, отнесенных к категории с неустойчивым психологическим климатом. Такие показатели характерны для супругов, частично разочарованных в совместном проживании, испытывающих некоторое напряжение.

Третью группу составило 45% исследуемых родителей, чьи семьи отнесены к категории с неопределенным психологическим климатом. Здесь присутствуют некоторые «возмущающие» факторы, хотя в целом преобладает позитивное настроение.

Четвертую группу составило 17,5% родителей, чьи семьи характеризуются устойчивым положительным психологическим климатом.

Часто болеющие дети встречались как в группах с благоприятным психологическим климатом, так и в группах с неблагоприятным психологическим климатом в семье, однако в последних, часто болеющих детей, больше.

- Группа I – 32,5% детей;
- Группа II – 27,5% детей;
- Группа III – 20% детей;
- Группа IV – 20% детей;

В группах с неблагоприятным психологическим климатом, дети болеют из-за частых конфликтов, скандалов и сложных, негативных взаимоотношений в семье, проявляя к ним высокую чувствительность. В силу того, что дети не умеют и не знают, способов защиты себя в подобных ситуациях, они реагируют на негативные взаимоотношения психосоматически или соматически – недомоганием, заболеванием, вследствие снижения сопротивляемости организма, истощения иммунитета. Что касается часто болеющих детей в семьях с благоприятным психологическим климатом, то в этих семьях часто наблюдаемым явлением становится гиперопека со стороны родителей, что подтвердилось и результатами рисуночного теста.

Если семья оценивается как дружная, сплоченная, то в ней находиться комфортно и взрослым, и детям. Результаты опроса показывают, что людям тяжело признать, что семья у них не дружная. В некоторых семьях наблюдается неуважение интересов и личностных ценностей друг друга, также отсутствует взаимопонимание. Так, 90% исследуемых сообщили, что считают свою семью дружной, а 10% признали, что семья не является дружной. Более половины испытуемых (58%) указали, что все члены семьи хорошо понимают друг друга, а 42% признались, что нет. В тоже время, 52,50% испытуемых признали, что есть члены семьи, которые обычно выводят их из равновесия, а 47,50% это отрицали.

Результаты исследования говорят о том, что некоторым супругам не комфортно вместе, им не хватает взаимопонимания. Дружной семьей, согласно результатам, считается та, в которой периодически возникают конфликты, а иногда и сильные скандалы. Признают, что в доме время от времени возникают сильные скандалы 65% испытуемых. И 65% испытуемых указали, что конфликты и раздоры в семье забывают

долго и сложно, и только 35% забывают их быстро. При этом, 63% испытуемых признались, что в семье есть неуравновешенный человек, а 38% этот факт отрицали.

Все это позволяет сделать вывод, что в семьях преобладают не простые отношения, усложняющие обстановку и повышающие уровень напряженности. Среди часто конфликтующих нет супругов из четвертой и первой групп. Вероятно, супруги из первой группы настолько привыкли к скандалам, что такая ситуация стала для них нормой. Четвертая группа, с положительным психологическим климатом, не обращает внимания на скандалы и конфликты. Также интересным является тот факт, что в данных группах самый высокий процент людей, прибегающих к извинению за допущенные ошибки. В семье принято извиняться друг перед другом за допущенные ошибки или причиненные неудобства – ответили утвердительно 77,50% испытуемых первой группы, 45% – второй группы, 80% – третьей группы и 90% – четвертой группы.

Также оказалось что домашняя обстановка тоже может негативно и позитивно влиять на здоровье детей. Часто болеющих детей больше в тех семьях, где обстановка тяжелая, напряженная и негативная. Так, согласились, что атмосфера дома часто действует угнетающе на них – 77,50% родителей часто болеющих детей и 45% – родителей редко болеющих детей.

Редко болеющих детей больше в тех семьях, где обстановка легкая, где дома люди чувствуют себя уютно и хорошо. Уютно себя чувствуют дома 35% родителей часто болеющих детей и 55% родителей редко болеющих детей.

В целом можно сказать, что все дети, участвующие в исследовании оказались восприимчивы ко всему, что происходит в семье, как к хорошему, так и к плохому. В некоторых семьях у детей больше ресурсов и возможностей сопротивляться негативу, ссорам, скандалам и различным обстоятельствам.

Сравнительный анализ исследования часто болеющих и редко болеющих детей с помощью проективного рисуночного теста, позволяет сформулировать следующее заключение.

Семейную ситуацию, которую родители оценивают со всех сторон положительно, ребенок может воспринимать совершенно иначе. Узнав, каким он видит окружающий мир, семью, родителей, себя, можно понять причины возникновения многих проблем ребенка и эффективно помочь ему при их разрешении.

Рисунки детей нумеровались в соответствии с номером, присвоенным опроснику их родителей. Сравнительный анализ рисунков двух групп детей выявил интересные различия.

Что касается общего плана и наличия на рисунках различных членов семьи, то у 100% испытуемых в рисунках изображались их родители, у 87,5% из них был также изображен ребенок – он сам. У 12,5% отсутствовало изображение самого ребенка, что, вероятно, означает, что ребенок чувствует себя изолировано, а также испытывает чувство одиночества. В единичном случае были нарисованы мама, папа, бабушка, дедушка, несколько братьев и сестер (одинаково, без отображения атрибутов половой принадлежности), а ребенок отсутствовал. Ребенок сообщил, что себя рисовать не хочет. Эти рисунки были нарисованы часто болеющими детьми.

У 60% испытуемых, помимо родителей присутствовали изображения бабушки и дедушки, у 32% из них кто-то один – бабушка, либо дедушка. Один ребенок изобразил бабушку с непропорционально большой головой с пояснением: «Бабушка много знает, много думает и много командует». У 12,5% испытуемых в рисунках, помимо людей были изображены домашние животные. Все эти рисунки были также нарисованы детьми, которые часто болеют. Такая тенденция может трактоваться, как попытка заполнить пустоту, возместить нехватку близких, теплых отношений, компенсировать недостаточность эмоциональных связей с родителями, либо с другими членами семьи.

Редко болеющие дети чаще изображали атрибуты окружающей среды – дома, солнце, облака.

Часто болеющие дети изображали младших братьев и сестер выше остальных членов семьи, подчеркивая их исключительный статус. По мнению ребенка, они обладают наибольшей властью в семье. Вероятно, этим детям не хватает внимания со стороны родителей, и частые болезни являются способом обратить на себя внимание.

У 32,5% детей, в рисунках члены семьи держатся за руки, у 12% из них родители держатся за руки, что означает тесный психологический контакт между ними в жизни. Если контакта на рисунке нет, то, скорее всего, его нет и в реальности. Иногда ребенок на рисунке держит маму за руку, а папа стоит в стороне. Это может быть следствием сложных взаимоотношений между родителями, сильной занятости отца, более близкого контакта с матерью. Рисунки, на которых родители находятся далеко друг от друга, а дети между ними, держащиеся за руки. Дети, рисовавшие такие рисунки, редко болели.

Выводы.

1. Взаимоотношения в семье, как благополучные, так и неблагополучные, влияют на здоровье детей, уже с детства дети восприимчивы, к отношениям между членами семьи.

2. Гиперопека со стороны родителей тоже может негативно влиять на здоровье.

3. Ревность к младшим братьям и сестрам может являться психологическим фактором, прямо или косвенно влияющим на здоровье. Болезнь может быть попыткой обратить на себя внимание.

4. Дружеские, поддерживающие отношения между детьми в одной семье, родными братьями и сестрами, могут рассматриваться как один из профилактических факторов частой заболеваемости, среди детей.

Список литературы

1. Гарбузов, В.И. Человек, жизнь, здоровье. – СПб, 1995. – 422 с.
2. Здоровье населения республики Беларусь 2009-2013 / Статистический сборник. – Минск : Национальный статистический комитет Республики Беларусь, 2014. – 219 с.
3. Менегетти, А. Психосоматика (DJVU). Перевод с итальянского языка. – М. : «Наука», 2002. – 254 с.
4. Подпорин, А. Истинные причины наших болезней. – СПб. : «Невский проспект» 2002. – 192 с.
5. <http://medbe.ru/materials/obshchestvennoe-zdorove-i-zdravookhranenie/sostoyanie-i-puti-uluchsheniya-zdorovya-detskogo-naseleniya/>
6. <http://www.naturalmedics.ru/dots-889-1.html>
7. <http://www.eti-deti.ru/vzr-test/155.html>
8. <http://vsetesti.ru/425>

УДК 159.9.07

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ТРАНСФОРМАЦИИ ОБРАЗА ЖИЗНИ В КОНТЕКСТЕ СОВРЕМЕННОЙ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ПРАКТИКИ

С.Э. Ковалев

Восточно-Казахстанский государственный университет им. С. Аманжолова,
Усть-Каменогорск, Казахстан

Конец 20 века характеризуется, в частности, ростом заболеваемости и смертности населения на фоне высоких достижений медицины, совершенства технических средств диагностики и лечения болезней. Современный этап развития нашего общества связан с

демографическим кризисом, снижением продолжительности жизни, снижением психического состояния здоровья населения страны, что вызывает обеспокоенность многих ученых и специалистов. Но, учитывая традиционную направленность действующей системы здравоохранения на выявление, определение и “устранение” болезней, усилившуюся в связи с прогрессирующей социально-экономической деструкцией общества, становится ясным, что медицина сегодняшнего дня и обозримого будущего не сможет существенно влиять на сохранение здоровья человека. Этот факт обосновывает необходимость поиска более эффективных способов и средств сохранения и развития здоровья.

Известно, что уровень здоровья человека зависит от многих факторов: наследственных, социально-экономических, экологических, деятельности системы здравоохранения. Но, по данным ВОЗ он лишь на 10-15 % связан с последним фактором, на 15-20 % обусловлен генетическими факторами, на 25 % его определяют экологические условия и на 50-55 % - условия и образ жизни человека. Таким образом, очевидно, что первостепенная роль в сохранении и формировании здоровья все же принадлежит самому человеку, его образу жизни, его ценностям, установкам, степени гармонизации его внутреннего мира и отношений с окружением. Вместе с тем современный человек в большинстве случаев перекладывает ответственность за свое здоровье на врачей. Он фактически равнодушен по отношению к себе, не отвечает за силы и здоровье своего организма, и наряду с этим не старается исследовать и понимать свою душу. В действительности человек занят не заботой о собственном здоровье, а лечением болезней, что и приводит к наблюдающемуся в настоящее время увяданию здоровья на фоне значительных успехов медицины. В действительности же, укрепление и творение здоровья должно стать потребностью и обязанностью каждого человека.

Первым шагом в этом направлении может служить выяснение представлений о здоровом образе жизни в современном обществе с целью дальнейшей их корректировки, а также формирования новых представлений и установок на здоровье, здоровый образ жизни и болезнь. В первую очередь это имеет значение для молодого поколения, так как его здоровье – это общественное здоровье через 10 – 30 лет. В связи с этим возникает необходимость изучения возможных психологических последствий, вызванных изменением образа жизни человека в результате вмешательства внешних обстоятельств

Таким образом, очевидна как теоретическая значимость исследования, посвященного анализу таких категорий, как здоровье, здоровый образ жизни, трансформация образа жизни с позиции теории психологических систем, так и практическое его значение для возможной дальнейшей работы в направлении формирования адекватных представлений о здоровом образе жизни и создания установки на продуктивное, творческое отношение человека к собственному здоровью.

Цель исследования: Выявить теоретически и изучить эмпирически закономерности трансформации образа жизни людей в контексте современной оздоровительной практики.

Объект исследования: образ жизни в контексте современной оздоровительной практики.

Предмет исследования: Психологические условия трансформации образа жизни в контексте современной оздоровительной практики.

Гипотезы исследования:

1. В современном обществе происходят трансформация образа жизни людей в контексте современной оздоровительной практики в связи с общими процессами интенсификации жизненных сред и переходом к новым системным основаниям профилактики здоровья и становления здорового образа жизни.

2. В современной оздоровительной практике наблюдается трансформация образа жизни по следующим основным аспектам:

- Ценности – изменение отношения к пониманию здоровья в общей структуре ценностной ориентации человека.
- Мотивация – мотивация избегания болезни трансформируется в мотив достижения здоровья.
- Уровень субъективного контроля – внешняя (врачебная) ответственность за состояние здоровья превращается во внутреннюю (персональную).
- Рефлексия – изменение образа «я» через становление позиции субъекта реализации своей оздоровительной программы.

Задачи исследования:

1. На основе теоретического изучения рассмотреть понятие здоровье, здоровый образ жизни и трансформация образа жизни в современной психологической литературе.
2. На основе теоретического обобщения раскрыть психологические закономерности становления здорового образа жизни людей в современном обществе.
3. Обосновать базу и методы исследования.
4. На основании описаний результатов исследования, проанализировать и выделить основные компоненты и психологические условия трансформации образа жизни людей.

Методология исследования: в нашем дипломном исследовании мы использовали теоретический анализ психологической литературы по проблемам образа жизни и здорового образа жизни, а также основные положения теории психологических систем В.Е.Клочко и О.М.Красноярцевой.

Эмпирические методы исследования:

1. Анкета по выявлению особенности образа жизни,
2. Методика Фанталовой,
3. Методика Эйслера на мотивацию достижения успеха и избегания неудач,
4. Методика Роттера (уровень субъективного контроля),
5. Личностный дифференциал.

Задача обоснования методов исследования решалась поэтапно; а именно:

1. создание и апробация социологической анкеты;
2. подбор психологических методик по исследованию ценностей, мотивации, рефлексии и уровня субъективного контроля.

В ходе исследования нами были использованы следующие методы:

1. Теоретические методы: анализ, синтез, сравнение и обобщение.
2. Экспериментальные методы: анкетирование и тестирование.
3. Методы математической обработки данных.

Исследование проводилась в Центре правовой статистики и информации по ВКО, где исследовали 40 человек в возрасте от 25 до 35 лет, и студентов ВУЗов города в количестве 40 человек в возрасте от 18 до 25 лет. На основе результатов анкетирования были выделены четыре группы респондентов:

- молодые люди, не ведущие ЗОЖ, столкнувшиеся с проблемами своего здоровья;
- молодые люди, не ведущие ЗОЖ, столкнувшиеся с проблемами и не вышедшие из кризиса;
- молодые люди, ведущие ЗОЖ, столкнувшиеся с проблемами и вышедшие из кризиса;
- молодые люди, ведущие ЗОЖ и не столкнувшиеся с проблемами своего здоровья.

Таблица 1 – Характеристика ценностной ориентации молодых людей различных возрастных групп ведущих и не ведущих здоровый образ жизни

Жизненные ценности	Молодые люди, ведущие здоровый образ жизни до 35 лет (первая группа)	Молодые люди, не ведущие здоровый образ жизни до 35 лет (вторая группа)	Молодые люди, ведущие здоровый образ жизни до 25 лет (третья группа)	Молодые люди, не ведущие здоровый образ жизни до 25 лет (четвертая группа)
Здоровье	10	7,5	10	7,9
Деньги	8	7,0	8,5	7,5
Любовь	8,5	6,5	7,8	7,1
Твердая воля	7,9	6,8	6,0	6,3
Наличие семьи	7,5	6,0	6,5	6,8
Самореализация	7,2	6,3	5,8	4,7
Спорт	6,85	5,5	4,55	5,8
Оптимизм	6,15	5,8	3,6	3,65
Духовность	5,35	5,3	2,75	4,2
Отдых	4,95	4,7	1,85	3,45

Таблица 2 – Характеристика ЦО молодых людей, различных возрастных групп, столкнувшихся и не столкнувшихся проблемами в здоровье

Жизненные ценности	Столкнувшихся проблемами в здоровье (первая группа)	Столкнувшихся проблемами в здоровье, и не могут выйти из кризиса (вторая группа)	Столкнувшихся проблемами в здоровье, но перестроившихся на новый образ жизни. (третья группа)	Не Столкнувшихся проблемами в Здоровье (четвертая группа)
Здоровье	10	10	10	10
Деньги	8,95	8,9	9	9
Любовь	8,25	7,9	8,6	8,9
Твердая воля	7,83	7,45	8,2	6,0
Наличие семьи	7,43	7,05	7,8	5,8
Самореализация	7,05	6,75	7,35	7,6
Спорт	6,77	6,77	6,77	7,9
Оптимизм	6,25	6,0	6,5	7,1
Духовность	6,0	6,0	6,0	6,5

Отдых	5,3	5,2	5,1	5,5
-------	-----	-----	-----	-----

Теперь рассмотрим ЦО у людей столкнувшихся и не столкнувшихся проблемами в здоровье. В этих группах мы видим различия по таблице 2.

Различия мы видим по таким ценностям как самореализация, спорт и наличие семьи.

Ценность самореализация четвертая группа ставит выше, чем все остальные группы. Это возможно говорит о том, что у первой, второй и третьей группы людей, чтобы реализовать себя полностью не позволяют состояние здоровье или же профилактика здоровья отнимает много времени.

Так же по таблице 2 видим различия по ценности спорт. Так четвертая группа эту ценность ставит выше, чем три остальные группы. Это связано с тем, что сама категория говорит о том, что эти люди не столкнулись проблемами в своем здоровье и это возможно заключается в том, что они уделяют внимание своему здоровью (выражается в занятиях спортом, некоторых мероприятий по оздоровлению общего состояния здоровья и избегание условий причиняющих вред здоровью).

Таким образом, по ЦО мы видим не значительные различия у людей, столкнувшихся проблемами и не столкнувшихся проблемами в здоровье.

По результатам методики Уровня субъективного контроля мы выявили такие различия между четырьмя группами людей ведущих и не ведущих здоровый образ жизни.

По таблице 2 мы видим, что общая интернальность людей, ведущих здоровый образ жизни, выше, чем у не ведущих здоровый образ жизни. То есть такие люди считают, что события и действия в их жизни является результатом их собственных действий, и чувствуют ответственность за эти события. Тогда как не ведущие здоровый образ жизни – не способны контролировать действия и события.

По шкале «Интернальность в области достижений» у первой и третьей группы высокие показатели, чем у второй и четвертой группы, то есть это говорит о том, что такие люди сами добились в жизни всего и что на достигнутом не остановятся. Низкие показатели свидетельствуют о том, что эти люди добились успеха, с помощью других людей.

По шкале «Интернальность в области неудач» мы видим такие различия между группами. У первой и третьей группы этот показатель выше, чем у двух групп. То есть, молодые люди, ведущие ЗОЖ, обвиняют самих себя в различных ситуациях, неприятностях. Когда как не ведущие ЗОЖ люди склонны приписывать ответственность за собственные действия другим людям.

По шкале «Интернальность в области здоровья и болезни» видим различия, что люди ведущие ЗОЖ этот показатель выше, чем у не ведущих ЗОЖ. Это говорит о том, что люди, ведущие ЗОЖ, считают, себя во многом ответственны за свое здоровье, и если они больны, то обвиняют в этом самого себя, и полагают, что выздоровление зависит от его действий. Не ведущие ЗОЖ люди считают, что здоровье и болезнь есть результат случая и надеется на то, что выздоровление придет в результате действий других людей.

Таблица 3 – Характеристика самоконтроля молодых людей, различных возрастных групп, ведущих и не ведущих ЗОЖ

Шкалы	Молодые люди, ведущие здоровый образ жизни до 35 лет	Молодые люди, не ведущие здоровый образ жизни до 35	Молодые люди, ведущие здоровый образ жизни до 25 лет	Молодые люди, не ведущие здоровый образ жизни до 25
-------	--	---	--	---

		лет		лет
1.1.1				
Ио (баллы)	34,95	13,2	32,9	
(стены)	6,0	3,55	5,55	
Ид (баллы)	8,85	6,5	10,6	
(стены)	5,9	5,65,2,85	6,65	
Ин (баллы)	7,05	2,85	5,6	
(стены)	5,35	2,5	8,65	
Ис (баллы)	8,65	5,3	6,9	
(стены)	7,15	2,15	7,0	
Ип (баллы)	7,35	3,0	4,45	
(стены)	4,55	2,15	4,2	
Им (баллы)	4,9	3,0	6,55	
(стены)	6,6	2,5	4,5	
Из (баллы)	4,8	5,95	5,95	
(стены)	6,5	3,05		

Для того, чтобы статистически подтвердить наличие различий между группами, мы обработали результаты математически, подсчитав t-критерий Стьюдента и результаты отобразили в Таблице 4.

Таблица 4 – Таблица значений t –критерий Стьюдента

Шкалы	Значение t- критерия
Общая интернальность	2,589
Интернальность в области достижения	1,688
Интернальность в области неудач	1,875
Интернальность в области здоровья	1269

Таким образом, эти значения являются достоверным. Различия между столкнувшихся и не столкнувшихся людей проблемами в здоровье мы видим такие различия по таким шкалам:

По шкале «Общая интернальность» различия в показателях значительны. У четвертой группы выше, чем у остальных групп. Это говорит о том, что такие люди считают, что события в их жизни является результатом их собственного контроля ступков.

По шкале «Интернальность в области достижений» у второй группы ниже, чем у остальных групп, то есть такие люди приписывают свои достижения успехи внешним обстоятельствам. У четвертой группы высокие показатели, то есть эти люди считают, что все, чего добились в жизни, является результатом их собственных действий и поступков.

По шкале «Интернальность в области неудач» мы видим существенные различия между второй и четвертой группой, то есть те люди, которые перестроились на новый образ жизни показатель выше и это говорит о развитом чувстве субъективного контроля по отношению к отрицательным событиям и ситуациям. Когда как у людей, которые не могут выйти из кризиса наоборот склоны приписывать ответственность за подобные события другим людям.

По шкале «Интернальность в области здоровья» различия видим по таблице 5 такие. У людей, которые не столкнулись проблемами в здоровье и перестроившиеся на новый образ жизни этот показатель выше. Это говорит, о том, что такие люди более ответственны за свое здоровье и если у них возникают проблемы в здоровье, то обвиняют

в этом самих себя. Если не могут выйти из кризиса люди считают болезнь результатом случая, и надеются на выздоровление с помощью врачей и случая.

Таблица 5 – Характеристика самоконтроля молодых людей столкнувшихся и не столкнувшихся проблемами в здоровье

	Столкнувшиеся с проблемами здоровья	Столкнувшиеся, но не вышедшие из кризиса	Столкнувшиеся, но перестроившиеся, но новый образ жизни	Не столкнувшиеся проблемой в здоровье
1.1.2	15,6	18,9	27,15	46,8
о				
Стены	4,71	7,5	9,42	7,3
Ид	7,82	6,8	8,85	10,6
Стены	6,01	5,9	7,0	5,5
Ин	5,08	3,13	7,05	11,8
Стены	4,76	6,5	6,7	6,5
Ис	5,63	5,1	6,2	11,6
Стены	6,07	6,2	6,9	6,15
Ип	4,53	4,38	4,7	6,8
Стены	3,62	5,5	5,75	5,75
Им	3,45	3,39	3,39	6,2
Стены	4,6	7,3	7,6	7,5
Из	3,75	2,78	4,7	7,6
Стены	5,7	5,25	7,2	7,5

Чтобы эти различия не были голословными, мы подсчитали по t- критерий Стьюдента и отобразили полученные значения в таблице 6.

Таблица 6 – Значение – t-критерий Стьюдента

Шкалы	Значение t-критерия
Общая интернальность	2,995
Интернальность в области достижений	1,697
Интернальность в области неудач	1,548
Интернальность в области здоровья	1,788

Рассмотрим результаты следующей методики: диагностики личности на мотивацию к успеху, мотивацию к избеганию неудач Т. Элерса и методики диагностики степени готовности к риску Шуберта.

Таблица 7 – Характеристика мотивации успеха и неуспеха молодых людей различных возрастных групп, ведущих и не ведущих здоровый образ жизни

Название категорий	Молодые люди, ведущие здоровый образ жизни до 35 лет	Молодые люди, не ведущие здоровый образ жизни до 35 лет	Молодые люди, ведущие здоровый образ жизни до 25 лет (третья группа)	Молодые люди, не ведущие здоровый образ жизни до 25 лет

Мотивация к успеху	17,15	6,75	14,1	12,25
Мотивация избегание неудач	12,25	13,2	12,15	13,35
Готовность к риску.	10,6	7,4	9,0	4,15

По данным таблицы 7 можно увидеть различия между 4-мя группами людей.

Самый высокий показатель к успеху у первой группы. Самый низкий показатель мотивации к успеху у второй группы. Эти различия связаны с тем, что молодые люди, ведущие здоровый образ жизни (1 группа), они более стремятся к достижению поставленной цели. Не ведущие здоровый образ жизни люди имеют высокую мотивацию к избеганию неудач, что препятствует мотиву к успеху- достижению цели.

Для того, чтобы статистически подтвердить эти различия между двумя выборками, мы обработали результаты математически, подсчитав t-критерий Стьюдента по формуле:

И получили такой результат:

$t=1,284$; $p<0,05$; достоверно.

Сверившись с таблицей значений t, мы можем перейти к следующим выводам: полученное в ходе вычислений значение t больше того, которое соответствует уровню достоверности 0,05.

Иными словами, разница между двумя выборками статистически достоверна.

Далее рассмотрим третью и четвертую группы людей. Мы видим, что у 3-ей группы мотивация к успеху более высокая, чем у 4-ой группы. Так как у 4-ой группы готовность к риску низкая и мотивация к избеганию неудач самая высокая, что препятствует мотиву к успеху, достижению цели.

Для проверки различий между 4-ой и 3-ей группами мы обработали результаты и подсчитали t-критерий Стьюдента и получили следующее:

$t=1,225$; $p<0,05$;достоверно

То есть мы видим различия между этими группами.

По показателям готовности к риску мы видим, что низкие показатели у второй и четвертой группы, но у четвертой группы этот показатель немного ниже, то есть люди не ведущие здоровый образ жизни до 35 лет более зрелый жизненный опыт, чем у четвертой группы.

Показатели готовности к риску у третьей группы (ведущих здоровый образ жизни почти в два раза выше, чем у четвертой группы (не ведущие здоровый образ жизни), это связано с тем, что 3 группа более подготовлена к риску потери здоровья, а 4 группа людей в основном не следит за своим здоровьем, пуская, как говорится, на самотек.

Чтобы увидеть эти различия , мы рассчитали t- критерий Стьюдента:

$t=1,366$; $p<0,05$; достоверно.

Сравнивая группы первую и вторую по готовности к риску, мы видим различия, показывающие низкие показатели у 2 группы – это связано с тем, что у 2 группы возможно: нехватка времени, нежелание заниматься спортом.

Таким образом, мы видим, что мотивация к успеху больше у людей ведущих здоровый образ жизни, чем те которые не ведут здоровый образ жизни.

Чем выше мотивация к успеху – достижению цели, тем ниже готовность к риску.

Теперь рассмотрим различия между молодыми людьми, столкнувшимися с проблемами в здоровье, и не столкнувшимися проблемами в здоровье.

Таблица 8. – Характеристика мотиваций достижения успеха – избегания неудачи у молодых людей столкнувшихся проблемами в здоровье и не столкнувшихся проблемами в здоровье

	Мотивация к успеху	Мотивация избегания неудач	Готовность к риску
Столкнувшиеся Проблемами в здоровье	12,56	12,73	7,79
Столкнувшиеся Но не вышли из кризиса	10,5	11,3	5,7
Столкнувшиеся и перестроившиеся на новый образ жизни	13,6	10,1	7,45
Не столкнувшиеся проблемой в здоровье.	14,2	9,8	6,95

Как мы видим по таблице 8. у 4-ой группы людей мотивация к успеху больше чем у остальных групп, то есть такие люди стремятся к поставленной цели и стараются добиться ее.

Различия между 2-ой и 3-ей группой, мы видим в том, что люди, которые столкнулись проблемами в здоровье, но перестроились на новый образ жизни, у них мотивация к успеху больше, чем у столкнувшихся, но не могут выйти из кризиса. Это говорит о том, что у 2 –ой группы мотивация более мотивированы на успех и на надежду на успех.

Различия между 1-ой и 4-ой группами мы видим, по мотивации избеганию неудач. У 1- ой группы (столкнувшихся людей проблемами в здоровье) этот показатель высокий, чем у 4-ой группы (не столкнувшихся людей проблемами в здоровье). То есть это препятствует мотиву к успеху, достижению цели. Различия мы подтвердили, посчитав по t- критерию Стьюдента:

$t= 2,155; p<0, 05$; достоверно.

По показателям готовности к риску, мы видим различия между 2-ой и 3-ей группой. Здесь различия в том, что у людей, столкнувшиеся проблемами в здоровье, этот показатель низкий, чем у людей, перестроившихся на новый образ жизни. То есть 3 группа людей готовы рисковать всем, что есть, что бы достичь поставленной цели.

Эти различия мы вычислили по t- критерий Стьюдента:

$t=2,126; p<0, 05$; достоверно.

Следовательно, можно сделать следующие выводы по этой методике.

Исследования показали, что молодые люди столкнувшихся проблемами в здоровье, но перестроившихся на новый образ жизни, умеренно сильно ориентированы на успех, предпочитают средний уровень риска.

Чем выше мотивация человека к успеху- достижению цели, тем ниже готовность к риску. При этом мотивация к успеху влияет на надежду на успех: при сильной мотивации к успеху, надежда на успех обычно скромнее, чем при слабой мотивации к успеху. К тому же люди, которые мотивированны на успех и имеющие большие надежды на них, соответственно избегают высокого риска.

Теперь перейдем к анализу методики личностного дифференциала.

По методике, мы можем увидеть различия между четырьмя группами людей.

Таблица 9 – Характеристика самооценки молодых людей, различных возрастных групп, ведущих и не ведущих здоровый образ жизни

Факторы	Молодые люди, ведущие здоровый образ жизни до 35 лет (первая группа)	Молодые люди, не ведущие здоровый образ жизни до 35 лет (вторая группа)	Молодые люди, ведущие здоровый образ жизни до 25 лет (третья группа)	Молодые люди, не ведущие здоровый образ жизни до 25 лет (четвертая группа)
Фактор оценки	11,35	10,7	11,15	10,5
Фактор силы	6,85	5,35	6,45	2,25
Фактор активности	8,1	6,05	7,15	5,0

Как показывает таблица 9 различия по фактору оценки у 1-ой и 3-ей группы людей высокие показатели, чем у 2 и 4 групп людей. Это говорит о том, что такие люди принимают себя как личность, склонны осознавать себя как носителя позитивных социально желательных характеристик, в определенном смысле они удовлетворены собой.

По фактору силы существенные различия мы видим у 3 и 4 групп. То есть люди, не ведущие здоровый образ жизни. Фактор силы свидетельствует о развитии волевых сторон личности, как они осознаются самим испытуемым. Высокие показатели у 3 группы (перестроившиеся на новый образ жизни) говорят, об уверенности в себе людей, независимости. Такие люди рассчитывают только на собственные силы в трудных ситуациях, когда как низкие показатели у 4 группы (не могут выйти из кризиса) говорят о недостаточном самоконтроле, зависимы от внешних обстоятельств, и не способны держаться принятой линии поведения. Эти различия мы математически подсчитали по t – критерий Стьюдента:

$t=2,525$; $p<0,05$; достоверно.

Различия по фактору активности между четырьмя группами мы видим по таблице, что у людей ведущие здоровый образ жизни этот показатель выше, чем у людей не ведущий здоровый образ жизни. То есть, такие люди ведут активную жизнедеятельность, занимаются различными видами спорта. Но показатель у 1 группы выше, чем у 3 группы. Это говорит о том, что эти люди больше стремятся к поставленной цели, независимы, самостоятельны. Эти различия мы подсчитали по t-критерий Стьюдента:

$T=1,256$; $p<0,05$; достоверно.

Теперь рассмотрим различия у людей столкнувшихся проблемами в здоровье и не столкнувшихся проблемами в здоровье.

Таблица 10 – Характеристика самооценки молодых людей столкнувшихся и не столкнувшихся с проблемами в здоровье.

Категория людей	Фактор оценки	Фактор силы	Фактор активности
Столкнувшиеся проблемами в здоровье (первая группа)	10,5	5,35	6,5
Столкнувшиеся, но не вышли из кризиса (вторая группа)	11,3	4,98	5,9
Столкнувшиеся, но	11,1	6,2	7,63

Перестроившиеся на новый образ жизни (третья группа)			
Не столкнувшиеся проблемой в здоровье (четвертая группа)	13,4	5,4	6,8

Как показывает таблица 10, существуют различия между четырьмя группами людей. Различия по фактору оценки у 4 группы выше, чем у 1, то есть эти люди удовлетворены собой и своей жизнью и ничего не хотят менять. Такие люди принимают себя как личность. Низкие показатели говорят о том, что такие люди не удовлетворены собой и уровнем достижения.

По фактору силы мы видим такие различия между 2 и 3 группами людей.

Причем у 3 группы этот фактор более высокий, чем у 2 группы. Это говорит о том, что такие люди более независимы от внешних обстоятельств и оценок, то есть они рассчитывают на свои силы. Низкие говорят о недостаточном самоконтроле и зависят от оценок и внешних обстоятельств.

Различия по фактору активности мы видим у 3 и 2 группы. То есть у людей, перестроившихся на новый образ жизни более высокий, чем у тех кто не может выйти из кризиса. Следовательно, люди 3 группы более активны в отношении своего здоровья и полны жизненной энергией и стремятся поставленной цели.

Мы эти различия мы подтвердили по t-критерий Стьюдента.

Таблица 11 – Значение t – критерия Стьюдента

Факторы	Значения t- критерия
Оценки	2,258
Силы	2,105
Активности	2,685

То есть по таблице мы видим различия ($p < 0,05$) статистически достоверны.

Таким образом, молодые люди, ведущие здоровый образ жизни, не столкнувшиеся проблемами в здоровье, а также группа перестроившихся на новый образ жизни, самостоятельны, независимы, удовлетворены собой, жизнерадостны и полны жизненной энергией. Когда как не ведущие здоровый образ жизни и столкнувшиеся проблемами в здоровье люди, а также те, которые не могли выйти из кризиса, более пессимистично относятся к жизни, видят все в черно – белой краске, они считают, что все зависит не от них, а от внешних обстоятельств.

Результаты психодиагностического исследования, позволяют сделать следующие выводы:

1. Испытуемые, осуществлявшие изменение своего образа жизни, в настоящее время способны проявлять надситуативную активность, то есть, выходя за пределы требования внешних обстоятельств и самостоятельно ставя цели, превышающие требования данной ситуации, испытуемые стали сами способны адаптировать мир к себе, а ведущей ценностной характеристикой их образа жизни становится творческая активность, направленная на реализацию своей оздоровительной программы.

В то время как испытуемые, не ставившие перед собой задачу саморазвития и не предпринимавшие соответственно никаких изменений в своей жизни, демонстрируют полную зависимость от внешнего мира, неспособность выйти за требования внешней ситуации, а следовательно, и невозможность изменить чего-либо в своей жизни.

2. В исследовании образа жизни людей, человек, будучи неудовлетворен окружающей его действительностью, идет на преодоление трудностей и изменение его отношений. Становясь суверенной личностью, которая «обладает всей полнотой координат многомерного мира», человек получает возможность менять свой образ жизни, стимулируя тем самым дальнейшее развитие собственного мира.

Проблема здоровья народа в Казахстане возведена сегодня в ранг государственной политики. Вновь созданный Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни Республики Казахстан, его региональные филиалы энергично наращивают свою деятельность. Но уже сейчас становится очевидным, что решать эту проблему даже таким мощным профилактическим учреждениям будет не по силам. Необходимы усилия практически всех государственных и общественных структур, направленные на изменение сознания людей, создание ценностной установки на здоровье, чтобы каждый член общества был озабочен как своим собственным здоровьем, так и здоровьем зависимых от него людей. Главная цель здесь – изменить отношение людей к своему здоровью, сделать его ценностным, создать условия к внутреннему побуждению каждого человека изменить свой образ жизни. Людям нужно понять, что исправлять нужно не только здоровье, но и жизнь, образ жизни.

Человек должен выработать правила стиля жизни, которые вызывают у него психологическое удовлетворение, положительные эмоции, радость в общении, связанные с правильной мотивацией на двигательную активность и долголетие. То есть у человека должна быть сформирована высокая жизненная позиция, направленная на улучшение состояния здоровья.

А. Маслоу пишет: «Подлинным или здоровым человеком будет считаться не автономно живущий по своим интрапсихическим, не зависящим от окружающих законам; не отличный от своего окружения, независимый от него или противостоящий ему индивид, а индивид, способный, например, влиться в свое окружение, будучи адекватен и компоненте по отношению к нему, индивид, способный справляться с навязанными извне задачами, индивид, способный, хорошо воспринимая окружение, быть с ним в хороших отношениях и добиваться успеха, как его понимает окружение...» (Маслоу А., 45, с 156).

Наше психологическое исследование как раз и было посвящено проблемам отношения к здоровью и выявлению трансформации образа жизни у молодых людей. В ходе работы мы рассмотрели различные определения понятия «здоровья», «образа жизни», «здорового образа жизни», проанализировали подходы Ю.П. Лисицина, В.П. Сахно, В.П. Петленко, И.И. Брехмана, А. Маслоу, К.Г. Юнга, Н.В. Яковлевой, А. Адлера и др.

Проанализировав имеющиеся в научной литературе, определения понятиям «здоровье», «образ жизни» и «здоровый образ жизни», мы остановились на следующих:

Здоровье – это состояние организма, которое обеспечит человеку приемлемую и эффективную работоспособность, продолжительность жизни и получение удовольствия от своей жизни и деятельности.

Образ жизни – это бисоциальная категория, определяющая тип жизнедеятельности в духовной и материальной сферах жизни человека.

Здоровый образ жизни – это активная деятельность людей, направленная, в первую очередь, на сохранение и улучшение здоровья, то есть здоровый образ жизни не складывается сам по себе, а формируется целенаправленно.

Полученные в ходе исследования данные позволяют сформулировать следующие выводы:

1) В динамике ценностей отражается механизм подвижности открытой системы как основание ее устойчивости. Психологический механизм трансформации образа жизни людей может быть представлен как акт объективизации в сознании происходящих

изменений, требующих коррекции сложившихся совокупности деятельностей (составляющих образ жизни людей).

2) Исследуя, психологические изменения образа жизни людей мы выделили типологические особенности трансформации образа жизни людей. В качестве основного критерия данной типологии выступило наличие или отсутствие изменения образа жизни людей.

- у испытуемых, перестроившихся на новый образ жизни психологический механизм трансформации их образа жизни заключается в полном принятии внешних изменений среды, выражающихся в переструктурировании различных видов деятельности человека.

- у испытуемых, которые не могут выйти из кризиса, образ жизни не менялся, либо менялся незначительно. Психологический механизм трансформации образа жизни в данном случае проявляется в стремлении жить согласно с прежними традициями и устоявшимся нормам, а также придерживаться ранее сформировавшихся жизненных принципов.

3) Испытуемые, осуществляющие изменение своего образа жизни, в настоящее время способны проявлять надситуативную активность, то есть выходить за пределы требования внешних обстоятельств и самостоятельно ставя цели, превышающие требования данной ситуации, испытуемые стали сами способны адаптировать мир к себе, а ведущей ценностной характеристикой их образа жизни становится здоровье.

Список литературы

1. Акбашев Т.Ф. Третий путь / Т.Ф. Акбашев.- М.: Просвещение, 1996.- 256 с.
2. Амосов Н.М. Раздумья о здоровье / Н.М. Амосов. - М.: Просвещение, 1987.- 363 с.
3. Апанасенко Г.А. Охрана здоровья здоровых: некоторые проблемы теории и практики / Г.А. Апанасенко. – СПб.: Наука, 1993.- 126 с.
4. Баевский Р.М., Берсенева А.П. Донозологическая диагностика в оценкесостояния здоровья / Р.М. Баевский, А.П. Берсенева // Валеология. – 1996. – №5 – С. 33-48.
5. Басалаева Н.М., Савкин В.М. Здоровье нации: стратегия и тактика (о проблемах здравоохранения в регионах России / Н.М. Басалаева, В.М. Савкин // Валеология – 1996. - №2 – С. 35-37
6. Белов В.И. Психология здоровья / В.И. Белов. – М.: Просвещение, 1994. – 272 с.
7. Бутенко И.А. Анкетный опрос как средство общения социолога с респондентами / И.А. Бутенко.– М.: Высшая школа, 1989.-289 с.
8. Васильева О.С. Валеология – актуальное направление современной психологии / О.С. Васильева // Весник МГУ. Серия 14. – Психология. – 1997. - № 2. – С. 15-17.
9. Васильева О.С., Журавлева Е.В. Исследование представлений о здоровом образе жизни / О.С. Васильева, Е.В. Журавлева // Весник МГУ. Серия 14. – Психология.- 1990. - № 1.- С. 5-8.
10. Васильева О.С., Журавлева Е.В. Исследование представлений о здоровом образе жизни / О.С. Васильева, Е.В. Журавлева // Весник МГУ. Серия 14. – Психология.- 1990. - № 1.- С. 5-8.
11. Василюк Ф.В. Психология переживания: анализ преодоления критических ситуаций / Ф.В. Василюк. – М.: Издательство Московского университета, 1984.- 239 с.
12. Василюк Ф.В. Психология переживания: анализ преодоления критических ситуаций / Ф.В. Василюк. – М.: Издательство Московского университета, 1984.- 239 с.
13. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б. Понятие здоровья с позиции теории неспецифических адаптационных реакций организма / Л.Х. Гаркави, Е.Б. Квакина // Валеология. – 1996. - №2. - С. 15-20.

14. Давидович В.В., Чекалов А.В. Здоровье как философская категория / В.В.Давидович, А.В. Чекалов // Валеология.- 1997.- №1.- С.15-19.
15. Дильман В.М. Четыре модели медицины / В.М. Дельман. – Л.: Наука, 1987.- 287 с.
16. Донцов А.И., Емельянова Т.П. Концепция социальных представлений в современной французской психологии / А.И. Донцов, Т.П. Емельянова. - М.: 1987- 128 с.
17. Козлов А.А., Лисовский А.В. Молодой человек : Становление образа жизни /А.А. Козлов, А.В. Лисовский. – М.: Издательство политической литературы, 1986.-198с.
18. Леонтьев Д.А. и др. Факторная структура теста смысложизненных ориентаций. / Д.А. Леонтьев, Ю.П. Лисицын //Психологический журнал. – 1993.- т.14.- №1.-С.35-39
19. Мартынова Н.М. Критический анализ методологии изучения и оценки здоровья человека / Н.М. Мартынова // Философские науки.- 1992.- №2.- С. 25-29.
20. Маслоу А. Психология бытия / А. Маслоу.– пер.с англ Г.А.Верещагина.- М.: «Ваклер», 1997.- 529 с.
21. 45. Роджерс К. Взгляд на психотерапию / К.Роджерс.- пер.с англ. П.Л. Калинина.- М.: Владос, 1994.-459 с.
22. Степанов А.Д., Изуткин Д.А. Критерии здорового образа жизни и предпосылки его формирования / А.Д. Степанов, Д.А. Изуткин // Советское здравоохранение. 1981.- №5.- С.6-10.
23. Труфанова О.К. К вопросу о психологической характеристике состояния соматического здоровья / О.К. Труфанова // Психологический вестник. –1998.- №3- С.70-71.
24. Чарлтон Э. Основные принципы обучения здоровому образу жизни / Э.Чарлтон // Вопросы психологии. – 1997.- №2.- С. 3-14.

УДК 159.9.07

ЗДОРОВЬЕ – СФЕРА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕДАГОГИКИ

Р.И. Купчинов

Минский государственный лингвистический университет,
Минск, Республика Беларусь

Как показывают многочисленные наблюдения и исследования, что талантливые дети, а они все талантливые, как отмечал А.С. Макаренко, во взрослой жизни не добиваются значимых успехов. Основной причиной такого положения, в основном, являются четыре фактора. Первый из них – отсутствие полноценного здоровья. Второй – низкий уровень воспитанности, выражающийся в несоблюдении основного правила делать то, что надо, а не то, что хочется. Третий – не умение организовывать свой распорядок дня и в целом образ жизни. Четвертый фактор увлечение пагубными пристрастиями (лекарства, табакокурение, спиртные напитки, наркотики). Чтобы добиться успехов в жизни человек должен много трудиться, на высоком уровне работоспособности. Об этом говорил И. Гете: «Талант это один процент задатков и 99% пота»

Ряд великих мыслителей в различных областях знаний (философии, педагогике, медицине, физиологии, психологии, социологии и некоторых других наук) пытались решить проблему здоровья различных возрастных групп населения. Они разработали многочисленные труды о сохранении здоровья, продления жизненного потенциала и долголетия.

Сегодня в общественном сознании существует убежденность, что за здоровье человека отвечает медицина. К этому следует добавить твердое убеждение в этом врачей.

Терминологически медицина определяется как совокупность наук о болезнях, их лечении и предупреждении. В этом определении нет слов о здоровье.

По мнению академика, доктора медицинских наук Н.М. Амосова, «...главная беда нашей медицины – в переоценке своих возможностей и значимости для здоровья человека, а также в пренебрежении биологическими законами саморазвития, саморегуляции и собственными защитными силами организма». Врач ищет у здорового болезнь, а не измеряет психофизическое состояние здоровья и не пытается это состояние увеличить, потому что, это не его сфера деятельности. Разумеется, нельзя возрастание болезней записать только на счет медиков. Вопрос гораздо сложнее. Заболевания связаны с уменьшением уровня психофизического здоровья в результате сдвигов в материальных и социальных условиях жизни населения. Но и медицина виновата в пренебрежении к физическому образованию (сегодня в свете современных знаний следует говорить о психофизическом образовании). И это притом, что у истоков создания теории физического образования стояли врачи П.Ф. Лесгафт, Г.А. Дюперон, Г. Демин, В.В. Гориневский. Первый нарком здравоохранения советского государства Н.А. Семашко в начале тридцатых годов прошлого века предложил систему здоровосозидания. Однако руководство страны того времени приняло решение, что будет лечить больных, а занятие здоровьем собственное дело человека. Однако история заставила государство заниматься системой формирования здоровья народа. Для этого много делается в различных странах, особенно для подрастающего поколения.

Попробуем ответить на вопросы: кто несет ответственность за здоровье человека? Здоровье – сфера деятельности в первую очередь медицины или педагогики?

Чтобы ответить на эти вопросы, сначала рассмотрим сферы деятельности каждой из этих наук. Медицина, как уже отмечалось, профессионально занимается лечением и предупреждением болезней. Педагогика – наука о воспитании и обучении. Воспитание – планомерное воздействие на развитие (в первую очередь психофизического состояния) образа мыслей, чувств и поведение.

Врачи знают норму и патологию, могут лечить патологию и предупреждать ее (прививки и санитарный контроль), приводить к норме и контролировать норму. Норма и отклонения от нормы понятия относительные. Поэтому с позиций медицины здоровье есть отсутствие болезней. Например, нет повышенной температуры, вам врач не выпишет справку, тем более больничный. Значит вы – здоровы.

Врачи помогают рождению высшей общечеловеческой ценности – человека, предотвращают и лечат болезни, спасают от смерти и этим продлевают жизнь.

Педагоги психофизического образования знают норму и резервные возможности организма, могут формировать здоровье за счет использования биологического закона адаптации к двигательной нагрузке, окружающей внешней среде при соблюдении санитарно-гигиенических норм и воспитании противостояния к факторам риска для здоровья. Основным фактором формирования полноценного здоровья является двигательная нагрузка, так как низкая нагрузка не дает оздоровительного результата, сколько ее ни повторяй. Поэтому только педагогическая система и ее главный компонент – психофизическое образование могут – способствовать оптимальному психофизическому развитию подрастающего поколения во взаимосвязи с родительским воспитанием, создавать резервные возможности организма, поддерживать высокий уровень работоспособности на длительный жизненный период и противостоять старению организма.

Такой подход требует изменения психологии человека и общества в целом к пониманию значимости здорового образа жизни. Воспитание – основа здоровья. Полноценное здоровье является педагогической сферой деятельности, при ведущей роли

психофизического образования, которое должно осуществляться под контролем медицины.

Для понимания этого тезиса рассмотрим сферу деятельности медицины, которая занимается тремя уровнями отклонения от нормы в состоянии здоровья человека. Первый уровень – болезни, излечимые оперативным вмешательством, включая трансплантацию органов и другие уникальные операции. В последнее десятилетие здесь медицина добилась значительных успехов с помощью диагностической аппаратуры и фармакологических технологий, возвращает больных со значительной патологией к норме. Второй уровень – болезни вирусного характера и незначительной патологии. При правильной диагностике лечатся медикаментозными и физиотерапевтическими методами, а также за счет саморегуляции организма и средствами народных целителей, что в большинстве случаев приводит больных к норме. Третий уровень это отклонения от нормы постоянного характера, приобретенные в процессе жизнедеятельности человека (так называемые болезни цивилизации), которые практически не поддаются лечению лучшими медицинскими средствами. Для таких людей лучшим для нормальной жизнедеятельности является вариант компенсации отклонений от нормы за счет повышения функциональных возможностей организма в целом.

В своей повседневной практике медицина исповедует ряд исторически сложившихся догм и мифов о здоровье, выдавая их за истины.

Первая догма: «Покой всегда полезен». Это медики внушили людям, что любая нагрузка, напряжение сопровождаются тратами основного капитала — здоровья, которое природа отпустила в ограниченном количестве каждому при рождении. Поэтому здоровье нужно беречь путем максимального ограничения нагрузок. Это пришлось очень кстати человеку, потому, что одна из его врожденных потребностей — «расслабься, отдыхать!»

«Покой всегда вреден». Он назначается по строгим показаниям. Это же касается также отдельных органов и функций, поскольку закон тренировки — самый универсальный из всех биологических законов.

Полное неверие в защитные силы организма побуждают врача «лечить, во что бы то ни стало». В большинстве случаев медицина не дает ему умереть, но и здоровым не делает.

Вторая догма: «Двигательная нагрузка опасна для здоровья занимающихся физическим воспитанием с отклонениями в состоянии здоровья, а сдача контрольных нормативов противопоказана».

Теория предписаний (указаний) на показания и противопоказания к применению физических упражнений при отклонениях в состоянии здоровья базируется на предположении «а может быть». В подавляющем большинстве работ независимо от диагноза пишется примерно одна и та же фраза, например, о патологии зрения: «Тренировки могут благотворно влиять на состояние глаз, но могут привести и к ухудшению зрения». Что касается первой части этой фразы «могут благотворно влиять», то это доказано многими экспериментальными работами по различным отклонениям систем и органов человеческого организма. Относительно второй части этой фразы – «но могут привести и к ухудшению» – экспериментальных доказательств, что нагрузка, используемая в физическом воспитании с учетом возраста, пола, отклонения в состоянии здоровья и уровня психофизического состояния, привела к ухудшению, в литературе обнаружить не удалось.

Научно доказано, что низкими двигательными нагрузками нельзя достигнуть удовлетворительного уровня психофизического состояния, сколько бы их ни повторять. При отношении к двигательным нагрузкам надо учитывать, что в организме взрослого человека «присутствует» вся история его тренировки в период возрастного развития.

Догма «Покой всегда полезен» пришла, кстати, людям (особенно школьникам) ленивым желающим чаще отдыхать, расслабляться, нежели трудиться. Нужно учесть то

обстоятельство, что занятия физическим воспитанием являются трудом, который связан с напряжениями, а иногда и с преодолением болевых синдромов: боли в мышцах, судороги мышц, болевой печеночный синдром, бронхоспазм, возникающие при двигательных нагрузках. Для преодоления напряжения требуется характер, воля, а также знания о пользе двигательной активности для здоровья и полноценной жизнедеятельности, которые можно получить только в процессе воспитания.

Сопоставление определений сущности здоровья, которых, по мнению различных авторов, в наличии более двухсот, в общем, сводится к тому, что здоровым может считаться человек, у которого отсутствуют болезни в физическом теле и сознании, который отличается гармоническим развитием и хорошо адаптирован к окружающей его физической и социальной среде.

До настоящего времени в большинстве медицинской литературе, особенно в популярной медицинской литературе, в физической культуре и педагогике приводится определение здоровья, которое было дано Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 1948 году. «Здоровье — нормальное психосоматическое состояние человека, отражающее его полное физическое, психическое и социальное благополучие и обеспечивающее полноценное выполнение трудовых, социальных и биологических функций, а не только отсутствие болезней и дефектов». Однако, за 60 с лишним лет ни одному государству мира пока не удалось добиться социального благополучия. Поэтому еще в 1965 г. представители ВОЗ (180 государств) приняли уточненное определение понятия здоровья: «Здоровье – состояние человека выполнять свои биосоциальные функции в изменяющейся среде, с перегрузками и без потерь, при условии отсутствия болезней и физических дефектов. Здоровье бывает физическим, психическим и нравственным».

Здоровье с позиций врача есть отсутствие отклонений от нормы или наличие незначительных отклонений. Именно такое состояние обеспечивает жизнедеятельность человека. Понимание здоровья при отсутствии болезней или наличие незначительных отклонений рассматривается как здоровье вообще или его общий фундамент.

Для полноценной психофизической, духовной и нравственной жизнедеятельности человека такого здоровья недостаточно. Для этого требуются резервные возможности организма, определяемые уровнем работоспособности – функционированием организма на «высшем уровне», адаптационными возможностями к окружающей среде (включая противостояние психологическим стрессам), способность к восстановлению работоспособности после учебно-трудовой деятельности. Эти показатели полноценного здоровья может дать человеку только воспитание и главный его компонент – психофизическое образование.

Полноценное здоровье – психофизическое состояние человека, позволяющее организму функционировать на высшем уровне независимо от обстоятельств и окружающей среды.

Рассматривая физическое образование в виде педагогического процесса, всегда подразумевается то, что этот процесс, в основном, отражает закономерности тренировочной (тренинг [англ. Training] специальный тренировочный режим) деятельности, обеспечивающей упорядоченное формирование и совершенствование двигательных умений и навыков, развитие двигательных способностей и возможностей, обуславливающих психофизическую дееспособность человека. Это и отличает физическое образование от других видов педагогической системы воспитания и общеобразовательных предметов, а ее содержательная сторона предоставляет большие возможности для воспитания социальных качеств личности, в том числе трудолюбия, силы воли и характера, связанных с преодолением болевых ощущений, застенчивости, страха, самоотверженности, дисциплинированности.

По нашему мнению современная гуманистическая воспитательная система должна быть целенаправлена на стимулирование здорового образа жизни как основное, стержневое направление формирования личности подрастающего поколения.

Характеристика взаимосвязи воспитания и обучения позволяет ответить на разногласия педагогов о приоритетах воспитания и обучения: что первично? Воспитание, разумеется, шире обучения, поскольку оно имеет дело с формированием целостной личности ребенка. В таком философском плане обучение является составным компонентом – средством воспитания.

С позиций современной теории управления единый педагогический процесс понимается как воздействие на объект (процесс), которое выбрано с учетом цели (целеполагания). По вопросу о цели воспитания, как это ни удивительно, даже у классиков педагогики не существует единства взглядов.

Целью воспитания является физическое и духовное здоровье воспитанника и его человеческое счастье. Целью образования являются, знания направленные на умственное развитие человека. Целеполагание воспитания направлено на формирование здорового образа жизни.

В возрастном аспекте первично рождается тело человека, на втором – месте – душа, на третьем – разум.

Физическая и духовная составляющие – две неотъемлемые части человеческого здоровья. Физическое здоровье – это способность тела реализовывать разработанную программу и иметь своего рода резервы на случай непредвиденных экстремальных и чрезвычайных ситуаций. Духовное здоровье – это здоровье нашего разума. Разум – это способность познавать окружающий мир и себя. С его помощью человек анализирует происходящие события и явления, прогнозирует наиболее вероятные события, оказывающие основное влияние на жизнь. Можно сказать, что разум – это модель (программа) поведения, направленная на решение поставленных задач, защиту своих интересов, жизни и здоровья в реальной окружающей среде. Чем выше интеллект, чем достоверней прогноз событий, чем точнее модель поведения, чем устойчивей психика, тем выше уровень духовного здоровья.

Духовное и физическое начала должны постоянно находиться в гармоничном единстве, ибо это две неразрывные части общего индивидуального здоровья человека.

Духовное здоровье обеспечивается системой мышления, познанием окружающего мира и ориентацией в нем. Достигается духовное здоровье умением жить в согласии с собой, с родными, друзьями и обществом, умением прогнозировать и моделировать события и составлять программу своих действий. В немалой степени духовное здоровье обеспечивается верой. Во что верить и как верить – это дело совести каждого.

Физическое здоровье обеспечивается двигательной активностью – тренировкой, рациональным питанием, закаливанием организма и его очищением, рациональным сочетанием умственного и физического труда, умением правильно выбрать время и вид отдыха, исключением из употребления алкоголя, табака и наркотиков. Артур Шопенгауэр считал, что, прежде всего мы должны стараться сохранить хорошее здоровье. Он писал: «Средства к этому несложные: избегать всех эксцессов, излишних бурных и неприятных волнений, а также чересчур напряженного и продолжительного умственного труда, далее – усиленное движение на свежем воздухе в течение, по крайней мере, двух часов, частое купание в холодной воде и тому подобные гигиенические меры».

Рассмотрение значения составляющих здоровья позволяет утверждать, что по законам диалектики в возрастном аспекте, воспитание должно изначально быть направлено на тело (физическое здоровье) как фундамента духовного и умственного развития. В процессе воспитания на первое место в различной деятельности (самообслуживание, учебно-трудовой, семейно-бытовой, культурно-досуговой,

сексуальной, общественной) человека должен выйти разум, на второе – духовность и третье – тело. Если в процессе воспитания у человека на первом месте будет тело, на втором – разум, а третьем – душа, как правило, это плохой человек. Для женщины-матери характерно душа – разум – тело. И эта последовательность важна потому, что женщина мать есть самый главный воспитатель-педагог.

Воспитание – планомерное воздействие на развитие (в первую очередь психофизического состояния) образа мыслей, чувства и поведение. Можно утверждать, что здоровье – воспитательная сфера деятельности в первую очередь родителей (пока ребенок мал), во взаимосвязи с учителями, педагогами и врачами. Поэтому именно родители несут ответственность за здоровье своего ребенка. Эта ответственность начинается задолго до рождения ребенка и зависит от образа жизни, который ведут будущие родители до зачатия ребенка.

Ряд авторов предлагает оценивать целостное здоровье как комплекс составляющих соматическое, физическое, психическое, нравственное, сексуальное.

Соматическое здоровье — текущее состояние органов и систем органов человеческого организма. Его основу составляет биологическая программа индивидуального развития человека, опосредованная базовыми потребностями, доминирующими, на различных этапах онтогенеза.

Базовые потребности, с одной стороны, служат пусковым механизмом развития человека (формирование его соматического здоровья), а с другой — обеспечивают индивидуализацию этого процесса.

Физическое здоровье — уровень развития (антропометрические показатели) функциональных возможностей органов и систем организма. Основу физического здоровья составляют морфологические и функциональные резервы клеток, тканей, органов и систем организма, обеспечивающие его приспособление к воздействию различных факторов.

Психическое здоровье — состояние психической сферы человека. Нормальное психическое здоровье человека зависит от состояния центральной нервной системы и функционирования головного мозга. Оно характеризуется адекватным уровнем и качеством мышления, развитием внимания и памяти, степенью эмоциональной устойчивости, развитием волевых качеств.

Нравственное здоровье — комплекс характеристик мотивационной и потребностно-информационной основы жизнедеятельности человека. Основу нравственного компонента здоровья человека определяет система мировоззренческих ценностей. Отличительными признаками нравственного здоровья человека являются прежде всего сознательное отношение к учебе, труду, овладение сокровищами культуры, активное неприятие нравов и привычек, противоречащих нормальному образу жизни.

Сексуальное здоровье — комплекс соматических, эмоциональных, интеллектуальных и социальных аспектов сексуального существования человека, позитивно обогащающих личность, повышающих коммуникабельность человека и его способность к любви. Основу сексуального здоровья составляют: способность к наслаждению и контролю сексуального и детородного поведения в соответствии с нормами социальной и личной этики; свобода от страха, чувства стыда и вины, ложных представлений и других психологических факторов, подавляющих сексуальную реакцию и нарушающих сексуальные взаимоотношения; отсутствие органических расстройств, заболеваний и недостаточностей, мешающих осуществлению сексуальных и детородных функций.

Такой подход оценки здоровья оправдан с воспитательной точки зрения. Преподаватели гуманитарных дисциплин должны давать представления подрастающему поколению о биологическом и социальном, физическом и духовном начале в человеке и

их роли в формировании здорового образа жизни. Сегодня все больше специалистов, занимающихся вопросами здоровья, утверждают, что это сфера деятельности педагогики. Исходя из такого подхода, предлагается рассматривать здоровье с позиций взаимосвязанных наук педагогики, психологии, социологии и оценивать его как психологическое здоровье в отличие от психического здоровья. При этом следует отметить, что давать оценку психическому здоровью имеет право только врач-психиатр. Психиатрия — раздел медицины, занимающийся психическими болезнями и их

В последнее время много внимания уделяется психологическому здоровью подрастающего поколения. С этой целью в дошкольных, школьных и вузовских учебных заведениях введена должность психолога. Предметом изучения психологии являются поведение, поступки, реакции человека на внешние воздействия. Поведение — это результат генетической предрасположенности и процесса воспитания. Воспитание — самая трудная человеческая деятельность, на что указывал еще Сократ: «Есть три самых трудных вида деятельности — это учить жить (воспитывать), лечить людей, судить о людях». Оценить поведение можно, но дело не в оценке, а в том, как эти результаты направить на формирование, совершенствование или перевоспитание личности. Эта деятельность была, есть и будет трудом педагога-воспитателя. Понимая трудность воспитания, современная психология стала наукой, изучающей факты, закономерности и механизмы психики.

Однако, человек есть единое целое, и развивается он во взаимосвязи физического, духовного и умственного. Физически и психически здоровый человек может быть нравственным уродом, если он пренебрегает нормами морали общества, в котором живет. Поэтому социальное здоровье считается высшей мерой человеческого здоровья. Это позволяет еще раз утверждать, что здоровье — педагогическая сфера деятельности.

Здоровье человека — результат сложного взаимодействия социальных средовых и биологических факторов. Считается, что вклад различных влияний, в состояние здоровья следующий: наследственность — 15—20%; окружающая среда — 10—15%; уровень медицинской помощи — 8,5—10%; образ жизни — 60—65%.

В последние 10—15 лет ряд специалистов, используя теорию охранительной медицины, объясняют ухудшение состояния здоровья учащихся, выразившееся в значительном увеличении числа выпускников школ, имеющих отклонения в состоянии здоровья и низкий уровень психофизического состояния, результатом ухудшением экологии окружающей среды. И поэтому использование незначительных нагрузок в лечебных целях якобы может защитить подрастающее поколение от болезней, детренированности и «недоразвитости» растущего организма.

Однако, как показывают многочисленные исследования, результатом недостаточного физического развития, низкого уровня физической подготовленности и функционального состояния является малоактивный образ жизни в школьные годы, а не имеющиеся отклонения в состоянии здоровья. Сегодня многие специалисты в области медицины считают гипокинезию болезнью.

Научно доказано, что низкими двигательными нагрузками нельзя достигнуть удовлетворительного уровня психофизического состояния, сколько их ни повторять. При отношении к двигательным нагрузкам надо учитывать, что в организме взрослого человека «присутствует» вся история его тренировки в период возрастного развития.

Причиной основных проблем со здоровьем являются скорее сами люди, чем какой-либо микроорганизм. Наиболее значимые проблемы со здоровьем являются либо вызванными нами, либо переданными по наследству. Их можно назвать «заболеваниями выбора». К сожалению, нездоровый образ жизни, который выбирает человек, довольно часто можно охарактеризовать невежеством и дезинформацией — ситуация, которая может быть исправлена только благодаря увеличению знаний о здоровье.

Какой бы совершенной ни была медицина, она не может избавить нас от всех болезней. Человек — сам творец своего здоровья, он должен за него бороться. С раннего возраста необходимо вести активный образ жизни, закаливаться, заниматься физической культурой, соблюдать правила личной гигиены, — словом, добиваться разумными путями подлинной гармонии здоровья. Жан-Жак Руссо верил в то, что родители являются самым эффективным «воспитательным учреждением». Поэтому за здоровье детей в первую очередь несут ответственность родители, которые должны быть просвещены в вопросах здоровья как об одном из многочисленных средств, направленных на повышение сознательности и направляющих детей к ведению здорового образа жизни.

Медицина и психофизическое образование — две взаимозависимые и взаимодополняющие стороны формирования здоровья человека на индивидуальном уровне, так как они, тесно переплетаясь между собой, сопровождают его на всех этапах развития. На общественном уровне успехи развития психофизического образования, как правило, способствовали прогрессу медицины и наоборот.

О взаимосвязи между медициной и психофизическим образованием спора нет. Однако в вопросах здоровья каждая из них решает свои специфические цели и задачи. Задача медицины в системе человек-здоровье — выявить наличие или отсутствие болезни, т.е. регулярное проведение врачебного контроля. При выявлении болезни — лечить и восстанавливать до уровня «здоровый». Одна из основных целей психофизического образования — формировать полноценно здоровье на различных возрастных жизненных этапах человека: от зачатия до 18-19 лет — способствовать оптимальному психофизическому развитию; от 19 до 30 лет — создавать резервные возможности человека; от 30 до 60 лет — поддерживать высокий уровень работоспособности; в пожилом и старческом возрасте противостоять старению организма

УДК 159.9.07

ЭНЕРГОПОТЕНЦИАЛ КАК ЖИЗНЕННЫЙ РЕСУРС ЧЕЛОВЕКА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

А.Р. Рафикова

Академия управления при Президенте Республики Беларусь,
Минск, Республика Беларусь

С точки зрения научно-прикладных основ медицины человек как биологический вид является биологической системой открытого типа, жизнеспособность и жизнеустойчивость которой обеспечивается биоинформационноэнергетическим потенциалом. Катамнестические исследования позволяют устанавливать вероятность смерти от хронических соматических заболеваний у лиц, отнесенных к группам с различным уровнем энергопотенциала:

- 1 группа (низкий уровень) в ближайшие 8-10 лет умирает по причине заболеваний каждый третий;
- 2 группа (ниже среднего) — каждый пятый;
- 3 группа (средний уровень) — каждый десятый;
- в 4 и 5-й группах (выше среднего и высокий уровни) — вероятность смерти резко уменьшается до 1-2 из 1 тыс. человек.

Низкая вероятность смерти от болезней и отсутствие хронических форм заболеваний позволили обосновать важнейшую категорию профилактической медицины — безопасный уровень соматического здоровья и дать ему количественную характеристику.

Понятие «уровень здоровья» соответствует уровню энергопотенциала организма или, иными словами, сколько единиц энергии в единицу времени на единицу массы тела

из единицы вещества может произвести данный организм. Существует общая закономерность: начиная с определенного уровня энергопроизводительности организм не подвержен развитию заболеваний и максимально устойчив к факторам риска. Этот уровень называется «безопасным уровнем здоровья». Считается, что он соответствует способности организма к максимальному потреблению кислорода (МПК) у:

- мужчин не менее – 40 мл/кг х мин;
- женщин – 33 мл/кг х мин.

Результаты современных научных исследований показывают, что качество энергетического обмена и ведущих систем его обеспечивающих (сердечно-сосудистая, дыхательная, ЦНС) определяют возможности к проявлению выносливости. Способность к проявлению выносливости является ярчайшим отражением общего уровня работоспособности человека, необходимого как для обеспечения «качественной жизни» как в условиях основного энергетического обмена, так и в условиях нагрузочной жизнедеятельности (физического труда, эмоциональных нагрузок и т.п.). Качественная характеристика выносливого человека проявляется в двух основных формах:

- в продолжительности работы без признаков утомления на данном уровне мощности;
- в скорости снижения работоспособности при наступлении утомления.

Являясь многофункциональным свойством человеческого организма, выносливость интегрирует в себе большое число процессов, происходящих на различных уровнях: от клеточного до целостного. При этом мы должны констатировать, что на активность этих процессов существенно влияет двигательный компонент жизнедеятельности организма. В классических исследованиях профессора И.А.Аршавского доказано, что каждая очередная двигательная активность, независимо от стимула к ее проявлению, становится фактором функциональной индукции метаболизма, целью которого является не просто восстановление исходного состояния, а обязательное сверхвосстановление, т.е. избыточность анаболизма («энергетическое правило скелетных мышц»). Сокращение двигательной активности, несмотря на продолжающийся прием пищи, приводит либо к задержке роста и развития, либо к преждевременному старению. Чем раньше наблюдается снижение объема двигательной активности, тем выраженнее проявляются процессы инволюции организма, сужения его функциональных возможностей.

Учитывая два момента: во-первых, что динамика выносливости имеет возрастные характеристики. В возрасте от 18 до 25 лет, то есть в период физиологического созревания организма человека и формирования его психической сферы, аэробные возможности человека растут и достигают наивысшего предела; затем показатели выносливости постепенно снижаются, а к 60 годам они уже почти вдвое ниже максимально достигнутых в молодом возрасте. И, во-вторых, что фактор гипокинезии («двигательного голода») характерен для образа жизни молодых людей, находящихся в благоприятном периоде развития функционального энергетического потенциала, была предпринята попытка ретроспективного анализа динамики показателей выносливости студентов, готовящихся к управленческой деятельности, для которой выносливость является основополагающим ресурсом эффективного труда.

В качестве материала для анализа выступили данные выполнения контрольных нормативов по определению показателей выносливости у юношей и девушек, обучающихся на различных курсах в Академии управления при Президенте Республики Беларусь в динамике лет (1996–2014 гг.). Возрастной диапазон – 17-21 лет. Численность групп испытуемых по 30 человек юношей и девушек основного учебного отделения по физической культуре (без нарушений здоровья).

Показатели динамики средних результатов выполнения студентами тестов на выносливость «кроссовый бег 1500/3000 м», представленные в таблице 1 и 2,

свидетельствуют о тенденции к их последовательному, но незначительному улучшению от курса к курсу. При исключении крайних полярных значений средний показатель выносливости наблюдаемой группы 30-ти юношей основного учебного отделения по физической культуре (без нарушений здоровья) улучшился с 15.51 мин преодоления дистанции 3000 м зафиксированном у них на 1-м курсе до 13.95 мин на 4-м курсе. Аналогичная по характеру тенденция отмечена и у 30-ти девушек основного учебного отделения. Средние показатели выносливости в беге на 1500 м у них изменились от 11.46 мин на 1-м курсе до 9.23 мин на 4-м курсе. Очевидно, что данная тенденция является следствием влияния процесса физического воспитания в вузе, в который вовлечены студенты на регулярной основе. Однако незначительный прогресс, который легко может прекратиться с завершением этого систематизированного процесса в вузе без развития стойкого потенциала, свидетельствует о недостаточности усилий по его созданию со стороны организаторов процесса физического воспитания. Наилучшие персональные результаты проявления выносливости зафиксированы в группе юношей 1-го курса – 11.37 мин и в группе девушек 4-го курса – 8.18 мин. Наихудшие в группах юношей и девушек на 2-м курсе, соответственно, 19.50 мин и 13.56 мин.

Сравнение средних показателей выносливости юношей и девушек с нормативными требованиями к физической выносливости данной возрастной группы (закреплены в приложениях 3 и 4 «Положения о Государственном физкультурно-оздоровительном комплексе Республики Беларусь», утвержденном Постановлением Министерства спорта и туризма Республики Беларусь № 17 от 24.06. 2008 г.) показало, что у всей выборки юношей и девушек показатели выносливости ни на одном из курсов обучения не соответствуют даже минимальному уровню нормативных требований. Наименьший разрыв в значениях от должных величин отмечен у девушек на старших курсах (3-4 курсы), соответственно, средний результат в беге у них 9.05 мин при нижней границе нормы 8.30 мин. Отставания остальных значений еще более значимы (табл.3).

При сравнении с требованиями испытаний VI степени для мужчин 18-29 лет.

Таблица 1 – Показатели выносливости у юношей в тесте «кроссовый бег 3000 м»

Курс обучения	Значения показателя выносливости в тесте (мин)		
	персональный max	персональный min	средние по курсу
1 (2010-2011 уч.г.)	11.37	18.49	15.51
2 (2011-2012 уч.г.)	13.30	19.50	15.49
3 (2012-2013 уч.г.)	12.49	16.53	14.28
4 (2013-2014 уч.г.)	11.53	15.27	13.95
Средний показатель по всем курсам			14.80

Таблица 2 – Показатели выносливости у девушек в тесте «кроссовый бег 1500 м»

Курс обучения	Значения показателя выносливости в тесте (мин)		
	персональный max	персональный min	средние по курсу
1 (2010-2011 уч.г.)	9.05	12.47	11.46
2 (2011-2012 уч.г.)	8.18	13.56	10.00
3 (2012-2013 уч.г.)	8.49	13.43	9.80
4 (2013-2014 уч.г.)	8.18	12.03	8.23
Средний показатель по всем курсам			9.87

Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО) «Горжусь тобой, Отечество», утвержденного Постановлением Правительства

Российской Федерации № 540 в 2014 году, полученные показатели юношей-студентов в беге на 3000 метров также были ниже требований: 14.00 мин – бронзовый знак, 13.30 мин – серебряный знак, 12.30 мин – золотой знак. Это несоответствие нормативным требованиям свидетельствует о недостаточных функциональных возможностях современной молодежи и отставании от должных величин, которые следует понимать как нормальные. При этом, если обратиться к истории, то первые попытки установить физкультурные нормативы были введены в 1927 году и предусматривали присвоение значков «Нормальный физкультурник», «Нормальный атлет». Слово «нормальный» в данном случае означало, что человек, выполнивший все нормативы, имеет оптимальный уровень физического развития и физического здоровья.

Результаты сравнительного анализа показателей выносливости студентов-первокурсников за последние 18 лет свидетельствуют об их ухудшении год от года (рисунок 1).

Таблица 3 – Сравнительные показатели результативности студентов в тестах на выносливость «кроссовый бег 1500/3000 м» с нормативными требованиями

Значения показателя	Результат юношей				Результат девушек			
	17-18 лет (1-2 курсы)		19-22 года (3-4 курсы)		17-18 лет (1-2 курсы)		19-22 года (3-4 курсы)	
Нормативные	min	max	min	max	min	max	min	max
	12.55	11.40	12.46	11.30	8.35	7.0	8.30	6.55
Фактические средние	15.50		14.11		10.73		9.05	

Если юноши 1996 года поступления в Академию управления в среднем пробежали 3000 метров за 11.56 мин, то у юношей 2014 года поступления этот показатель изменился до 14.50 мин. У девушек также отмечается регресс выносливости –7.89 мин и 10.20 мин, соответственно. Следует также отметить рост числа студентов, которые, несмотря на отсутствие отклонений в состоянии здоровья (I-я группа здоровья) в виду своего функционального состояния вообще не могут преодолеть бегом данные дистанции и вынуждены отказаться от выполнения теста. Если в 2010-2011 уч.г. таких студентов было в среднем не более 5%, то в 2013-2014 уч.г. их число уже возросло до 10,6%.

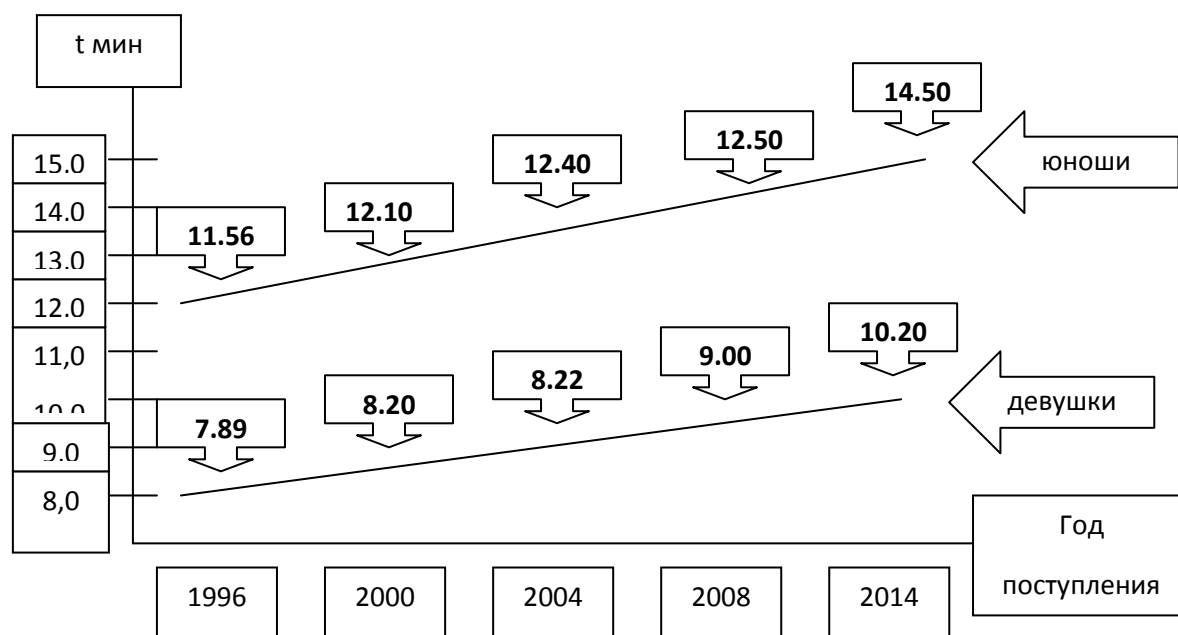


Рисунок 1. Динамика показателей выносливости студентов за последние 18 лет

Указанную выше тенденцию подтверждают результаты исследований выполнения студентами Гарвардского степ-теста, с помощью которого физиологический потенциал оценивают по скорости восстановления параметров работы сердечно-сосудистой системы после физической нагрузки. Если средние значения выполнения степ-теста у студентов 2007-2008 уч.г. составляли $86,3 \pm 14,3$ у юношей и $82,6 \pm 13,8$ у девушек, что соответствовало хорошему уровню физической работоспособности, то у студентов 2009-2010 уч.г. физическая работоспособность оценивалась уже как средняя и составила $81,6 \pm 13,9$ и $76,2 \pm 13$, соответственно. По сравнению с 2005-2006 уч.г. число студентов с низким уровнем физической работоспособности возросло к 2012 году на 1,6% у юношей и 0,1% у девушек (в 2012 году в среднем 12% студентов основного учебного отделения имели низкий уровень работоспособности). Физическая работоспособность ниже среднего выявлена у 7,7 % студентов в 2006 г, 8,7 – в 2009 г.. Специалисты физического воспитания МГЛУ вынуждены отменить прием контрольного норматива по определению выносливости «6-ти минутный бег» для студентов 1-го курса специальных медицинских групп с отклонениями в состоянии здоровья в первом учебном семестре. На такие же тенденции указывают российские специалисты: не в состоянии сдать контрольные нормативы 50-60% современных студентов российских вузов.

При этом, когда мы говорим о качественном трудовом ресурсе государства, мы подразумеваем не только образовательную и компетентностную, но и организменную составляющую этого качества. Повышение функциональной устойчивости организма, позволяет сохранять хорошую работоспособность его функциональных систем в условиях влияния неблагоприятных факторов профессиональной среды. Рост энергетического потенциала повышает возможности работающего человека поддерживать заданные параметры деятельности (как физической/мышечной, так и умственной) несмотря на нарастающее утомление. В контексте это значит, что специалист может длительное время сохранять эффективность профессионального труда, не отходя от принципа оптимальности физиологических и психологических затрат.

Представляется, что с учетом сложившейся тенденции, необходимо смещать акценты жизнедеятельности молодого поколения в сторону активизации физкультурно-спортивной двигательной деятельности, как единственно возможного средства

обеспечения роста энергопотенциала. При этом и процесс физического воспитания в учреждениях образования, в который вовлечена учащаяся молодежь, необходимо ориентировать на развитие преимущественно профессионально-значимых для каждой конкретной профессии физических качеств и способностей, формировать в сознании будущих специалистов профессионально-прикладную значимость двигательной деятельности в обеспечении эффективного труда, достижения субъективного ощущения социального благополучия человека в условиях техногенного мира.

Сегодня в Беларуси как никогда актуален тезис: «Здоровье – это жизненный ресурс и жизненный потенциал человека». Актуализация продиктована некоторыми упущениями и, как результат сложившейся ситуацией на рынке трудовых ресурсов республики. По утверждению академика П.Г. Никитенко, начиная с 1995 года, в Республике Беларусь весь прирост ВВП обеспечивается в основном за счет науки и внедрения мирового научно-технического прогресса при абсолютном уменьшении численности трудоспособного населения, а значит тех, кто предлагает на рынке труда свои услуги. Негативная динамика численности трудовых ресурсов в Республике Беларусь наметилась в 2009 году и продолжает сохраняться. При этом в составе численности трудовых ресурсов на фоне увеличения доли лиц нетрудоспособного возраста (постарение населения, рост рождаемости) отмечается снижение численности граждан, находящихся в трудоспособном возрасте. К примеру, только регистрируемый рост сердечно-сосудистых заболеваний трудоспособного населения, (часто сопровождающихся потерей трудоспособности, а нередко и жизни; около 52% в структуре общей смертности населения республики), ведет к значительному экономическому ущербу для государства. Дефицит трудовых ресурсов увеличивает нагрузку на экономически активное население, систему здравоохранения и институты социальной защиты. При подтверждении негативных прогнозов данная тенденция приведет к тому, что к 2030 году на 1 тыс. чел. трудоспособного населения будет приходиться 841 человек нетрудоспособного возраста (в 2010 году – 693 человека).

На возрастающие потери трудоспособной части населения также оказывают влияние сокращение показателей средней продолжительности жизни. Беларусь сегодня отстает от развитых стран по показателю ожидаемой продолжительности жизни на 11–15 лет. Длительное время наблюдалась устойчивая тенденция снижения данного показателя: с 71,1 года в 2001 году до 68,5 – в 2008-м. Ухудшение положения связано со многими факторами. Поскольку демографические процессы характеризуются высокой инертностью, необходим достаточно длительный период времени, чтобы негативные тенденции были преодолены, а процессы восстановления здоровья нации приняли устойчивый и необратимый характер. Только в последние годы в результате решительных мер, предпринятых государством в этом направлении, можно наблюдать наметившиеся позитивные изменения показателей продолжительности жизни населения республики: в 2015 году достигнут намеченный Национальной программой демографической безопасности Республики Беларусь на 2011–2015 годы показатель ожидаемой продолжительности жизни в 73 года.

Предотвращение потери трудовых ресурсов – проблема государственного значения, решить которую усилиями одной только системы здравоохранения невозможно. Тот замкнутый круг, в котором сегодня ей приходится функционировать, стал еще больше за счет возросшего осознания того воздействия на здоровье, которое оказывает индустриализация, дорожный транспорт, урон, наносимый окружающей среде, и глобализация торговли. Неслучайно Президентом А.Г. Лукашенко поставлена задача формирования ценностной установки здоровья как фактора, влияющего на успешность профессиональной деятельности. В предшествующий период в силу объективных и субъективных обстоятельств не было создано условий для обеспечения взаимодействия

социальных институтов образования и здравоохранения. Результатом явился низкий уровень «культуры здоровья» (подразумевающей и культуру здорового поведения, и здоровьесберегающую активность) транслируемый населением.

Учитывая это, в Беларуси предприняты меры по созданию здоровьесберегающей среды культурно-социального значения в пространстве городов, которая способна решить проблему вовлечения населения в занятия физической культурой и спортом, трансформации негативной пассивной модели проведения досуга со злоупотреблением вредных привычек в позитивную активную модель спортивного болельщика или собственно участника спортивных мероприятий. При этом сам подход к созданию такой среды является экономически оправданным с двух позиций: во-первых, снижение заболеваемости, укрепление здоровья населения и, во-вторых, самокупаемость среды за счет проведения крупномасштабных спортивных форумов, а также привлечение финансовых средств граждан в спортивную индустрию. Речь идет о построенных и продолжающих строиться спортивных объектах в Республике Беларусь, причем активность и масштабность проекта по созданию такой здоровьесберегающей среды в пространстве городов, прочно закрепила в мире за республикой определение «Беларусь – спортивная».

В Республике Беларусь, на конец 2014 года действовало более 25 тыс. физкультурно-спортивных сооружений. В результате этого в республике наметилась устойчивая тенденция к росту рынка спортивных услуг и их востребованности обществом. За последние десятилетие увеличилась численность населения, вовлеченных в занятия физкультурой и спортом на регулярной основе. Удельный вес населения в возрасте от 16 лет и старше, регулярно занимающегося физической культурой и спортом, возрос с 17,2% в 2001 году до 25,6% в 2013 году. Городские жители активнее занимаются физкультурой и спортом по сравнению с сельчанами. Удельный вес горожан, занимающихся физкультурой и спортом, составляет 29,3%, сельских жителей – 14,0%, что как представляется напрямую связано с развитием спортивной индустрии и инфраструктуры в сельской местности.

Президентом поставлена задача создания спортивных объектов с минимальными финансовыми затратами, чтобы обеспечить доступность физкультурно-спортивных услуг для всех слоев населения. Обобщая, подчеркиваем концепцию использованного в Беларуси подхода к созданию здоровьесберегающей среды, как в пространстве отдельного города, так и страны в целом – ключевым вопросом сохранения здоровья является отношение к нему. Необходимо добиться, чтобы хорошее здоровье и долголетие на основе здорового образа жизни стало нормой в обществе, такой же ценностью для личности, как хорошая профессиональная подготовка, престижная работа, иными словами речь идет о формировании «культуры здоровья» и способов повышения планки значимости моральных стимулов к здоровьесбережению, которые играют определяющую роль.

Социальные эталоны задаются в непосредственном окружении, в семье, в учреждении образования, на работе (корпоративная культура), в образе политических деятелей, лидера государства, конкретного руководителя. Конечно, немаловажную роль играет в данном вопросе личностное отношение руководителей к ценности здоровья, которое люди оценивают в каждом конкретном случае. Говоря о культуре здоровья именно руководитель, пропуская через свое сознание, взаимодействует с обществом, оказывая воздействие на подчиненных, передавая им свои знания, поддерживая претворение в жизнь здоровьесберегающие стратегии поведения, мотивируя деятельность в сфере здоровьесбережения. Собственная мотивированность руководителя к этому повышается, если он оценивает здоровье управляемого персонала через призму личного отношения к вопросам здоровья и здорового образа жизни. Вследствие этого общество

оказывается в существенной зависимости от валеологической компетентности и валеологической этики данных специалистов. Исходя из этого, в Академии управления при Президенте Республики Беларусь разработана концепция, краеугольным камнем которой является «здоровье» в контексте «способности к здоровьесбережению через валеологическое образование» как одна из ключевых компетенций современного руководителя. Пока еще не вся модель здоровьесберегающего образования, но ее элементы уже органически включились в образовательную систему кадрового потенциала государственного управления в Республике Беларусь, причем на всех ее уровнях: от этапа подготовки до этапа повышения квалификации. Все реализуемые учебные программы основаны на компетентностной основе, подчеркивающей профессиональную значимость их освоения, носят элементы инновационных форм преподавания через ситуативные и деловые игры, двигательные тренинги и т.п.

Таким образом, мы ожидаем, что развитие социальной сферы в плоскости создания здоровьесберегающей среды в местах проживания позитивно отразится на экономической сфере путем повышения образовательного и культурного уровня населения республики в отношении сохранения здоровья и ведения здорового образа жизни. Это не может не повлиять на снижение заболеваемости, повышение производительности труда, рациональное использование населением свободного времени и на преодоление декларативности здоровьесбережения. При этом данная тактика должна быть подкреплена через социальное поощрение одобряемых стратегий поведения, соответствие идеологическим нормам общества и личные примеры руководящего состава страны, которые могут быть заложены в системе профессиональной подготовки руководящих кадров.

Список литературы

1. Васенков, Н.В. Динамика состояния физического здоровья и физической подготовленности студентов /Н.В. Васенков//Теория и практика физической культуры. 2008. –№ 5. – С. 91–92.
2. Глазько, Т.А. Мониторинг уровня физического состояния студенток-первокурсниц в первом семестре обучения /Т.А. Глазько, И.А. Лепешинская, З.Н. Суша // Оздоровительная физическая культура молодежи: актуальные проблемы и перспективы: матер. II Междунар. Науч.-практ. Конф. (Минск, 2–3 апр.2015)/ под ред.: К.Ю.Романова, Е.С. Ванда. – Минск: БГМУ, 2015. – С. 180–195.
4. Греков, В.Е. овладение личностью определенными способами здоровьесформирующей деятельности /В.Е. Греков, Е.Г. Гуреева, Н.В. Боев, И.Г. Шадрин // Физическая культура, спорт и здоровье молодежи в современных условиях: сб. матер. Всероссийской научн.-практ.конф. 1 марта 2013 г./ под ред. Э.В. Маркин, А.С. Парфенов. – Орел: Из-во Орел ГАУ, 2013. – С. 19-23.
5. Национальная программа демографической безопасности Республики Беларусь на 2011–2015 годы // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь [Электронный ресурс] /Нац. Центр правовой информ. Респ. Беларусь. – 2011. – Режим доступа: <http://www.pravo.by>. – Дата доступа: 14.10.2015.
6. Никитенко, П.Г. Роль гуманитарных наук в формировании белорусской модели социально ориентированного устойчивого инновационного развития страны / П. Г. Никитенко // Весці Нацыянальнай акадэміі навук Беларусі: спец. Вып. – 2007. – С. 42–49.
7. Шалавина, А.С. Динамика общей физической подготовленности студентов ТГГПУ за последние 10 лет /А.С. Шалавина //Проблемы совершенствования процесса физического воспитания в высших учебных учреждениях в современных условиях: матер. Междунар. Науч.-практ. Конф. (Казань, 21-23 апр. 2008). – Казань: КГТУ, 2009. – С. 268–270.

РАЗДЕЛ 2. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА КАК ЖИЗНЕННЫЙ РЕСУРС И ЖИЗНЕННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ

УДК 159.923.2

ХАРАКТЕРИСТИКИ ЖИЗНЕННОГО РЕСУРСА ПРОЯВЛЕНИЯ МОТИВАЦИИ ДОСТИЖЕНИЯ В СООТНОШЕНИИ С МОДАЛЬНОСТЬЮ СОЦИОКУЛЬТУРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ У СТУДЕНТОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В МАЛОМ ГОРОДЕ И МЕГАПОЛИСЕ

Живаева Ю.В., Логинова И.О., Стоянова Е.И., Чупина В.Б.
ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого», г. Красноярск, Россия

Анализируя теоретические и эмпирические исследования мотивации в контексте социокультурной идентичности можно отметить, различия в позиции исследователей. Научному изучению причин активности человека и животных, их детерминации, положили начало еще великие мыслители древности - Аристотель, Гераклит, Демокрит, Лукреций, Платон, Сократ, упоминавшие о «нужде» как учительнице жизни. Демокрит, например, рассматривал нужду (потребность) как основную движущую силу, которая не только привела в действие эмоциональные переживания, но сделала ум человека изощренным, позволила приобрести язык, речь и привычку к труду. Сократ писал о том, что каждому человеку свойственны потребности, желания, стремления. При этом главное заключается не в том, каковы стремления человека, а в том, какое место они занимают в его жизни. У Платона потребности, влечения и страсти образуют «вождедеющую», или «низшую», душу которая подобна стаду и требует руководства со стороны «разумной и благородной души». Аристотель сделал значительный шаг вперед в объяснении механизмов поведения человека. Он полагал, что стремления всегда связаны с целью, в которой в форме образа или мысли представлен объект, имеющий для организма полезное или вредное значение. Изначально позиция исследователей такова, что теории мотивации рассматривают любое психическое явление из его сущности без выхода в другие пространства, все качества предметов, описываются как принадлежащих только данному предмету и это характерно для представителей классического типа рациональности. Далее, для теорий мотивации становится характерен сдвиг акцента с «природы объекта» на анализ его взаимодействий с другими объектами, с его окружением, это свойственно представителям неклассического типа рациональности. Мотив достижения как устойчивая характеристика личности впервые был выделен в классификации Г. Мюррея (Murray, 1938). Рассматриваемую нами диспозицию Г. Мюррей понимал, как устойчивую потребность достижения результата в работе как стремление сделать что-то быстро и хорошо, достичь определенного уровня в каком-либо деле. В исследовании Дж. Аткинсона (Atkinson, 1955) мотивация достижения представляет собой интеграционное образование, в котором выделены две мотивационные тенденции: стремление к успеху и стремление к избеганию неудач. Мотивационные тенденции являются сложными по составу. В них входят: постоянные личностные диспозиции - мотивы; ситуативные непосредственные детерминанты поведения - ожидание или вероятность и субъективная побудительная ценность будущего успеха или неудачи. Одной из популярных когнитивных моделей, претендующих на обобщение разнообразных явлений в области мотивации достижения, является модель Х. Хекхаузена (Heckhausen, 1974), которая ближе к формальным теориям принятия решения и во главе угла ставит когнитивные процессы принятия решения. Во всех рассмотренных моделях не подвергается сомнению основное положение о когнитивном взвешивании личностью альтернатив цели и действия. При

этом личность рассматривается вырванной из контекста ее жизнедеятельности и поставленной в искусственную ситуацию выбора альтернатив. И уже в рамках постнеклассического типа научного мышления в теориях мотивации анализируются качества порождаемые системой, на которые она опирается в своем развитии. В данных теориях эти качества системы осмысливаются в контексте целостного человека, который включен в многообразные и разнообразные связи и отношения с действительностью. Примером теории мотивации достижения представленной в рамках постнеклассики является теория доказывающая, что одним из основных механизмов актуализации мотивации достижения выступает мотивационно - эмоциональная оценка ситуации, складывающаяся из оценки мотивационной значимости ситуации и оценки общей компетентности в ситуации достижения; интенсивность мотивационной тенденции меняется в зависимости от изменения величины двух указанных параметров как у испытуемых с мотивом стремления к успеху, так и с мотивом избегания неудачи (Вилюнас В.К.,1990). Наиболее полной и непротиворечивой концепцией мотивации достижения представленной в рамках постнеклассики, на наш взгляд, является системно-динамическая модель М.Ш. Магомед-Эминова (1987), раскрывающая мотивацию как процесс регуляции деятельности субъекта в актуальной ситуации. В модели мотивация представляет собой целостный процесс, регулирующий деятельность по всему ходу ее осуществления. Мотивация включает в себя ряд структурных компонентов и имеет несколько этапов. В данной модели мотив рассматривается как один из структурных компонентов мотивации как динамической системы, но при этом не выделяется структура самого мотива. Ценность в модели соотносится с мотивационной оценкой объектов, имеющей эмоциональную природу, (в отличие от моделей мотивация зарубежных ученых «ожидание - ценность», где ценность рассматривается как когнитивный параметр), однако ценность, значение, смысл употребляются как синонимы, что препятствует объяснению их природы. Таким образом, благодаря использованию трансспективного анализа исследований теорий мотивации мы выявили различия в позиции анализа феномена мотивации в контексте социокультурной идентичности и соответственно в их содержательном наполнении.

Операционализация понятия мотивации достижения, в социокультурном контексте, осуществлялась за счет опоры на методологический базис системной антропологической психологии, являющейся, по мнению ее создателей, вариантом развития идей культурно-исторической психологии в русле постнеклассической парадигмы (В.Е. Ключко, 2008).

Системная антропологическая психология строится на представлениях о неподкожной психике, о непрерывности психического, которое в этой своей непрерывности обеспечивает человеку дальное действие при отборе из среды того, что ему соответствует его актуальным потребностям и напряженным возможностям в настоящий момент, играя самую непосредственную роль в превращении «объективной реальности» в органическую (неотрывную) составляющую целого, охватываемого понятием «человек». Человек «включен в многообразные и разнообразные связи и отношения с действительностью, но живет и действует как единое целое» (Б.Ф. Ломов, 1999). Возникновение системной антропологии свидетельствует о приближении науки «к исследованию человеческих миров, констатации многомерности человеческих пространств, ценностно-смысловой развертки реального бытия людей» (В.Е. Ключко, 2008).

В исследовании И.О. Логиновой показано, что: «В социально-деятельностном плане жизненное самоосуществление человека позволяет «открыть» особенности деятельности человека, в которой он осуществляет себя как осознающего собственную миссию и родовую сущность, определяющую ту степень интеграции в социум, которая

обеспечивает необходимый и достаточный уровень свободы по отношению к возможностям, благодаря чему «разворачивается» становление самого человеческого в человеке. Но поскольку «каждый из нас проживает лишь одну жизнь, то он вынужден делать выбор (Логонова И.О., 2010). Большинство исследований (А. С. Ахиезер, Ю. Б. Гиппенрейтер, И. С. Коган, В. А. Слостенин, Ю. П. Хяюрюнен, В. А. Ядов и др.), посвященных влиянию социокультурного фактора на условия реальной жизнедеятельности людей, осуществлялось в рамках социологического и социально-психологического подходов, где чаще всего рассматриваются стратегии поведения человека в сложившейся ситуации. При этом не раскрываются влияние социокультурного фактора, вопросы зависимости особенностей саморазвития человека от формы расселения. Однако именно социокультурная среда задает «рамки» и «границы» пространства жизни человека. Будучи системной организацией, социум включает в себя человека как элемент собственной системы. Взаимодействие их (социума и человека) строится по принципу соответствия, иначе невозможно их взаимодействие и взаимообогащение (культура личности, человека становится под воздействием субкультуры, в которой он живет и действует, одновременно привнося в нее собственные достижения). Адекватность восприятия им себя в культуре зависит от степени реализации собственных потенций, открываемых во взаимодействии со средой. В отечественной психологии к настоящему времени проведено большое количество исследований мотивации достижения (Батурин И.А., 1987; Степанский В.И. 1981, Васильев И.А., 1991; Магомед-Эминов М.Ш., 1991,Афанасьева Н.В., 1999, Белых В.А., 2000, Шапкин С.А., 2000 и др.). Главной особенностью этих работ является рассмотрение мотивации достижения в качестве значимого фактора деятельности. Изучение особенностей мотивации достижения в социокультурном контексте представлено в основном в работах зарубежных исследователей проанализированных выше (Дж. Атkinson (J. Atkinson, 1964), Мак-Келланд Д. (D. McClelland, 1971), Хекхаузен Х. (H. Heckhausen, 1955) и др.), в отечественных исследованиях данная взаимосвязь прослеживается у М.Ш.Магомед-Эминова, 1987, В.К.Вилюнаса - 1990.).

Исходя из вышеизложенного, мы посчитали целесообразным организовать исследование проявления мотивации достижения в соотношении с модальностью социокультурной идентичности у студентов, обучающихся в малом городе и мегаполисе. С целью изучения социокультурной идентичности у представителей малого города и мегаполиса в качестве диагностического инструментария нами была использована методика «Личностная и социальная идентичность» А.А. Урбанович.

Выборка исследования: представлена студентами 2-4-го курса очной формы обучения Лесосибирского педагогического института - филиала ФГАОУ ВПО «Сибирский федеральный университет», в количестве 146 человек, а так же студентами Красноярского государственного педагогического университета им. В.П. Астафьева, количество выборки равнозначное, средний возраст исследуемых равен 19-20-ти годам. Исследование носило лонгитюдный характер, общий объем выборки 584 человека.

Анализируя результаты исследования по методике «Определение социокультурной идентичности», у исследуемых нами студентов Лесосибирского педагогического института можно сделать вывод о том, что социокультурная идентичность (позитивный результат) выявлены у 53,72% исследуемых (79 реципиентов). Соответственно у 46,28 % исследуемых студентов Лесосибирского педагогического института выявлена негативная социокультурная идентичность. Так же позитивная социокультурная идентичность выявлена у студентов КГПУ им. В.П. Астафьева в количестве 102 реципиентов, что составляет 69,9 % исследуемых. Негативная социокультурная идентичность выявлена у 30,1% исследуемых. Студенты, для которых характерно проявление позитивной социокультурной идентичности в большей степени

адаптированы к реальности социального мира, они осознают, что для ощущения успешности и повышения самооценки важны как личностные качества так и объективные показатели социальной позиции. Также им характерно увеличение осознанности представлений о себе и своем будущем, повышение эмоциональной насыщенности этих представлений, расширение их круга, такие студенты нацелены на будущее. Для студентов, у которых выявлена негативная социокультурная идентичность, характерно то, что они не принимают в полной мере ту социальную среду, в которой они живут, не пытаются противостоять возникшим проблемным ситуациям. Им свойственна низкая адаптивность к новым условиям жизни, неспособность подстраиваться под обстоятельства, которые встречаются на их пути. У них в малой степени сформированы представления о своем будущем, они не связывают свое будущее с социумом в котором находятся сейчас.

Так же, для получения дополнительных данных о социокультурной идентичности исследуемых мы воспользовались анкетным опросом. В предложенной нами анкете, испытуемым предлагалось ответить на ряд вопросов, позволяющих территориально соотнести место обучения студентов с тем, где они родились и выросли. Анализируя данные исследования мы имеем возможность предположить, что для исследуемых студентов Лесосибирского педагогического института у которых выявлена позитивная социокультурная идентичность, потенциально широкие возможности самореализации обнаруживаются при расширении социокультурного пространства по траектории: деревня, поселок – малый город. А в случае с исследуемыми студентами КГПУ им. В.П. Астафьева, для которых так же характерно наличие позитивной социокультурной идентичности, данное расширение социокультурного пространства происходит в больших масштабах соответственно: малый город – мегаполис.

С целью изучения мотивации достижения у представителей малого города и мегаполиса в качестве диагностического инструментария нами была использована методика «Тест мотивации достижения» А. Мехрабиана в модификации М. Ш. Магомед-Эминова. В ходе исследования выявлены следующие показатели: мотив достижения успеха преобладает у 9,52 % исследуемых студентов Лесосибирского педагогического института (14 человек) и у 17,68 % студентов КГПУ им. В.П. Астафьева (26 человек). Мотив избегания неудачи выявлен соответственно у 90,48 % исследуемых студентов Лесосибирского педагогического института и у 82,32 % студентов КГПУ им. В.П. Астафьева. Для студентов, у которых преобладает мотивация достижения успеха, характерна направленность на достижение конструктивных, положительных результатов. Личную активность определяет потребность в достижении успеха. Студенты, мотивированные на успех, обычно ставят перед собой положительную цель, достижение которой вполне можно расценивать, как успех, рассчитывающий получить одобрение, за действия, направленные на достижение поставленной цели, полностью мобилизуют свои силы и ресурсы при ее достижении. При преобладании мотивации избегания неудачи студенты стремятся, прежде всего, избежать срыва, неудачи, порицания, наказания. Ожидание негативных последствий становится в данном случае определяющим. Студенты со склонностью к избеганию неудачи ищут информацию о возможности неудачи при достижении результата. Они берутся за решение как очень легких задач (где им гарантирован 100% успех), так и очень трудных (неудача не воспринимается как личный неуспех).

На следующем этапе исследования мотивации достижения у представителей малого города и мегаполиса мы использовали авторский прием, для чего воспользовались проективным методом «Незаконченные предложения». Анализируя данные исследования студентов Лесосибирского педагогического института и студентов КГПУ им. В.П. Астафьева мы имеем возможность привести некоторые примеры характерные для

респондентов, у которых преобладает мотивация достижения успеха: 1) - планируя своё будущее они: «учитываю опыт прошлых лет», «рассчитываю на свои силы». Те же исследуемые, для которых в большей степени характерно проявление избегания неудачи, заканчивая данное высказывание пишут «по - разному могут сложиться обстоятельства», «очень многое не зависит от меня». 2) - при встрече с препятствиями, выполняя задание я... «приложу максимум усилий и выполню задание», «стараюсь их преодолеть» отвечают мотивированные на успех. Мотивированные на избегание неудачи пишут следующее: «если задание для меня невыполнимо, я попрошу помощи», «могу перестать его выполнять и найду другой способ добиться цели».3) - если у меня осталось незаконченным дело, я ... «вернусь и доведу его до конца», «обязательно найду время для его завершения» - так заканчивают предложения мотивированные на успех. Мотивированные на избегание неудачи чаще пишут «не стану к нему возвращаться, так как видимо оно для меня не было важным», «может быть к нему вернусь, если посчитаю нужным». 4) - если представляется возможным выбирать задания по степени сложности, то мотивированные на успех заканчивают предложение так: «выберу задание по силам», «не совсем легкое и не очень трудное, по силам». Мотивированные на избегание неудачи заканчивают данное высказывание иначе: «начну с легкого», «я выберу легкое или среднее».

Интересен тот факт, что при позитивной социокультурной идентичности наблюдается проявление мотивации достижения успеха, т.е. из 67 реципиентов - 14 именно те, для которых характерна мотивация достижения успеха в выборке студентов Лесосибирского педагогического института и из 92 реципиентов – 26 исследуемых, для которых в большей степени характерно проявление мотивации достижения успеха. Данные результаты так же свидетельствуют, о том, что и для студентов у которых в меньшей степени характерно проявление мотивации достижения успеха свойственно проявление позитивной социокультурной идентичности. Соотношение показателей исследования определило логику исследования на следующем этапе. Для того, чтобы выявить особенности проявления мотивации достижения у людей с разным уровнем социокультурной идентичности мы изначально определили существует ли взаимосвязь между изучаемыми нами параметрами. Результаты, полученные при использовании метода ранговой корреляции Ч. Спирмена, позволяют констатировать наличие системы связей между исследуемыми параметрами. Выявлена положительная прямая пропорциональная зависимость между шкалой «Социокультурная идентичность» шкалой «Мотивация достижения для выборки исследуемых малого города ($r=0,56$; $p=0,05$) и соответственно для исследуемых мегаполиса. Данная взаимосвязь может свидетельствовать о том, что чем выше показатели по методике «Тест мотивации достижения», т.е. они соответствуют достижению успеха, тем выше показатели по методике «Определение социокультурной идентичности» и она имеет позитивную оценку. Так же наличие взаимосвязи дает нам возможность, предполагать, что даже при проявлении мотивации избегания неудачи имеет место позитивная социокультурная идентичность, так как показатели по тесту «Мотивация достижения» находятся в диапазоне ближе к 160 баллам, что свидетельствует о проявлении мотивации достижения успеха.

С целью изучения мотивации достижения у людей с разной степенью социокультурной идентичности мы так же, использовали метод анализа продуктов деятельности, а именно анализ сочинений эссе на тему «Мои жизненные достижения». Для определения того, о каких жизненных достижениях упоминают исследуемые, мы условно разделили их на подгруппы:

1. социокультурная идентичность - позитивный показатель, проявление мотивации достижения успеха. Для исследуемых данной подгруппы характерно то, что

достижениями в жизни они считают события, которые непосредственно связаны с тем, что они студенты и у них получается реализовать себя в учебе, спорте, социальной деятельности - в значимой для них и окружающих деятельности. Эти достижения могут быть значимыми только при условии того, что вокруг есть значимые другие люди-социум.

2. Социокультурная идентичность - позитивный показатель, проявление мотивации избегания неудачи. Анализируя сочинения данной подгруппы мы так же можем отметить, что свои достижения исследуемые связывают с их социальным статусом на данный момент времени. Интересно то, что если сравнивать масштабы достижения, то явно прослеживается их различие у жителей малого города и мегаполиса. Мы видим разницу в том, что желания исследуемых имеют различия: для студентов, обучающихся в мегаполисе, в большей степени характерно то, что они ставят перед собой цели намного глобальнее и масштабнее, но реалистичные. В содержательной основе сочинения данной подгруппы схожи с сочинениями исследуемых первой группы, но и имеют место различия в том, что прослеживаются различия в ценностях исследуемых. Исследуемые принимают за свои достижения, которые не возможны были бы без окружающих-родителей, близких.

3. Социокультурная идентичность - негативный показатель, проявление мотивации достижения успеха. Такого сочетания показателей в исследовании не выявлено.

4. Социокультурная идентичность - негативный показатель, проявление мотивации избегания неудачи. Для исследуемых данной подгруппы характерно то, что при описании своих достижений они ссылаются на причины не достижения и находят их в окружающих их людях и социуме. Их не устраивает та среда в которой они себя реализуют, они не находят объяснения этому. Таким образом, на основании анализа сочинений - эссе исследуемых нами студентов, мы имеем возможность на данном этапе исследования выдвинуть предположение о том, что мотивация достижения имеет качественные различия в зависимости от характера социокультурной идентичности. При позитивной социокультурной идентичности проявляется мотивация достижения успеха и в исследуемых нами сочинениях, мы находим описание стратегий поведения ей характерных. И соответственно при негативной социокультурной идентичности в исследуемых нами эссе мы выявили описание стереотипа поведения свойственного для людей с мотивацией избегания неудачи.

Выявленные различия позволяют сделать вывод о том, что более открытая социокультурная среда мегаполиса, а также, собственная активность исследуемых студентов педагогического вуза задает направление развития, способствует расширению ценностно-смыслового пространства и реализации потенциала достижения как жизненного ресурса личности. Тогда как, бедность форм социокультурной среды малого города приводит к тому, что жизнедеятельность обучающихся имеет отличные ценностные качества, нежели, чем у исследуемых мегаполиса, и протекает в большей мере по сложившимся ранее стереотипам, установкам деятельности, которые ограничивают личностное развитие и реализацию потенциальных возможностей.

Список литературы:

1. Вилюнас В. К. Психологические механизмы мотивации человека. - М., 2000. - 442 с.
2. Ключко В. Е. Самоорганизация в психологических системах: проблемы становления ментального пространства личности (введение в транспективный анализ). - Томск: Изд-во ТГУ, 2005. - 174 с.

3. Краснорядцева О.М. Психологические механизмы возникновения и регуляции мышления в реальной жизнедеятельности (на материале педагогического труда): Дис... доктора психол. наук. – М., 1997. - 341 с.
4. Логинова И.О. Психология жизненного самоосуществления. М. : Изд. – во. СГУ, 2009, 279 с.
5. Лукьянов О.В. Проблема становления идентичности в эпоху социальных изменений. – Томск.: Изд.-во Том. Ун-та., 2008.-212 с.
6. Маслоу А. Мотивация и личности. - М., 2001. - 235 с.
7. Магомед-Эминов М. Ш. Позитивная психология человека. От психологии субъекта к психологии бытия: в 2 т. – М.: Психоаналитическая ассоциация Российской Федерации, 2007.

УДК 159.923.31

**ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА: ЖИЗНЕННЫЙ РЕСУРС
И ЖИЗНЕННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ (НА ПРИМЕРЕ СПОРТСМЕНОВ КРАЕВОГО
ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ «ХАБАРОВСКИЙ
КРАЕВОЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ СПОРТА ВЫСШИХ ДОСТИЖЕНИЙ»)**

Л.В. Сеницына, А.А. Сеницын

ФГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный университет путей сообщения»;
ФГБОУ ВПО «Дальневосточный институт управления – филиал Российской академии
народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации»,
г. Хабаровск, Россия

Развитие физической культуры и спорта является одним из приоритетных направлений социальной политики нашего государства. Данное направление реализуется в образовательной, культурной, здравоохранительной, молодежной, национальной, международной сферах.

Сегодня актуальна проблема обеспечения здорового образа жизни, равного доступа всего населения страны к спортивной инфраструктуре. В настоящее время необходимо совершенствование подготовки спортсменов высокого класса и спортивного резерва, а также совершенствование организационно-управленческой, кадровой деятельности, а также пропаганды физической культуры и спорта.

Перечислим ряд факторов, отрицательно влияющих на развитие физической культуры и спорта в нашей стране. Данные проблемы требуют неотложного решения, в их числе:

- 1) недостаточное привлечение населения к регулярным занятиям физической культурой;
- 2) несоответствие уровня материальной базы и инфраструктуры физической культуры и спорта задачам развития массового спорта в стране;
- 3) недостаточное количество профессиональных тренерских кадров;
- 4) утрата традиций российского спорта высших достижений;
- 5) отсутствие на государственном уровне активной пропаганды занятий физической культурой и спортом как составляющей части здорового образа жизни, включая заботу о здоровье будущего поколения.

На сегодняшний день проблема психического здоровья, психологического здоровья, жизненного ресурса, жизненного потенциала в современном обществе предстает актуальной. В психологии и медицине на сегодняшний день существуют разные подходы к проблеме психического здоровья человека (изучаются стороны нормального и аномального функционирования).

Понятия психическое здоровье и психологическое здоровье являются собирательными. Рассмотрим несколько понятий.

Здоровье – это отсутствие болезней, физических эффектов, состояние физического, социального и духовного (психического) благополучия.

Психическое здоровье — согласно определению Всемирной организации здравоохранения, это состояние благополучия, при котором человек может реализовать свой собственный потенциал, справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества. Это фактически нормальное функционирование психических процессов в организме человека. Термин «психическое здоровье» чаще всего связывается со специалистами в области психотерапии и психиатрии (то есть медицинский подход, специалисты используют термин «пациент»).

Физическое здоровье – это положительное, естественное состояние человека, обусловленное нормальным функционированием всех органов, систем. Физическое здоровье напрямую зависит от правильного питания, от двигательной системы человека, а также от оптимального сочетания физической и умственной работы.

Жизненные ресурсы – это жизненно необходимая энергия, силы и здоровье человека. Это внутренняя сила человека, то, что позволяет ему быть активным, энергичным, счастливым и уверенным в себе, чувствовать внутренний комфорт и тепло.

Жизненный потенциал – это число предстоящих лет жизни лица или группы лиц в определенном возрасте, исчисленное при условии сохранения данного уровня по возрастной смертности на основе таблиц смертности.

Психологическое здоровье – это основа благополучия человека, наличие положительной мотивации, саморазвитие личности, умение ставить задачи и определять цели, умение решить возникшую проблему, поиск наиболее эффективных путей в решении вопросов и др. Это постоянная работа над собой.

Сегодня наука психология имеет ряд методик, психологами применяются психологические диагностики, технологии психологического консультирования и психологической коррекции, технологии психологической терапии (то есть психологический подход, специалисты используют термин «клиент»).

Считаем, что на сегодняшний день важную роль играют спортивные организации. Именно в них можно активно формировать психически и психологически здоровую личность. Занятия физической культурой и спортом способствуют укреплению здоровья, нравственности, успешной социальной адаптации, снижению социальной напряженности, профилактике правонарушений, борьбе с наркоманией, отвлечению подростков и молодежи от улицы и от вредных привычек. Ежедневные тренировки, нагрузки, участие спортсменов в краевых официальных физкультурных мероприятиях и спортивных мероприятиях, межмуниципальных официальных физкультурных мероприятиях и спортивных мероприятиях на территории края, а также в олимпиадах повышают жизненный потенциал и укрепляют психологическое и психическое здоровье. Строгий распорядок дня, правильное питание, целеустремленность и пр. не дает возможности спортсменам расслабиться, унывать, впадать в отчаяние. Каждый спортсмен идет к поставленной цели, находится под руководством тренера, благодаря кропотливой работе достигает положительных результатов, получает награды, премии и имеет иные формы поощрения в области физической культуры и спорта края.

Министерство спорта и молодежной политики Хабаровского края:

1) организует материально-техническое обеспечение, в том числе обеспечение спортивной экипировкой, финансовое, научно-методическое, медико-биологическое, медицинское и антидопинговое обеспечение спортивных сборных команд края;

2) обеспечивает подготовку спортивного резерва для спортивных сборных команд края, направляет спортивные сборные команды края и отдельных спортсменов для участия в межрегиональных, всероссийских и международных физкультурных мероприятиях и спортивных мероприятиях;

3) организует развитие национальных видов спорта;

4) присваивает спортивные разряды и квалификационные категории спортивных судей в порядке, установленном Положением о Единой всероссийской спортивной классификации и Положением о спортивных судьях;

5) обеспечивает реализацию мер по развитию физической культуры и спорта инвалидов, лиц с ограниченными возможностями здоровья, адаптивной физической культуры и адаптивного спорта в крае;

6) изучает потребности края в кадрах в области физической культуры и спорта, координирует работу по их подготовке и дополнительному профессиональному образованию;

7) участвует в подготовке спортивного резерва для спортивных сборных команд Российской Федерации;

8) участвует в организации и проведении межрегиональных, всероссийских и международных спортивных соревнований и тренировочных мероприятий спортивных сборных команд Российской Федерации, проводимых на территории края;

9) оказывает содействие субъектам физической культуры и спорта, осуществляющим свою деятельность на территории края, развитию детско-юношеского, молодежного, массового спорта, спорта высших достижений и профессионального спорта.

Значимый вклад в развитие физической культуры и спорта в Хабаровском крае вносит Краевое государственное бюджетное учреждение «Хабаровский краевой центр развития спорта высших достижений». Данное учреждение было создано в 2011 году на основании Распоряжения Губернатора Хабаровского края «О реорганизации краевого государственного казенного учреждения «Центр спортивной подготовки сборных команд Хабаровского края». В Учреждении курируются 15 видов спорта, из которых 2 вида спорта (пауэрлифтинг и спортивное ориентирование), которые не входят в программу Олимпийских Игр. КГБУ «Хабаровский краевой центр развития спорта высших достижений» комплектуется спортсменами основного и резервного состава. В ХКЦРСВД принимаются спортсмены, включенные в списки кандидатов в спортивные сборные команды Хабаровского края по видам спорта, развиваемым в учреждении. В основной состав зачисляются спортсмены, включенные в список кандидатов в спортивные команды Российской Федерации и спортсмены-члены сборных команд Хабаровского края – действующие мастера спорта, по рекомендации федераций по видам спорта.

Таким образом, сегодня вопрос об изучении психологического здоровья человека (его жизненного ресурса и жизненного потенциала) является актуальным и значимым. Проводимые реформы в Российской Федерации затронули все сферы жизни общества, прежде всего экономическую и политическую. В самом общем виде цель реформ может быть сформулирована как создание максимально благоприятных условий для жизни и деятельности граждан России, для развития психологического здоровья человека.

Список литературы:

1. Положение о министерстве спорта и молодежной политики и утверждены постановлением Правительства Хабаровского края от 27 февраля 2014 г. № 47-пр «Об утверждении положения о министерстве спорта и молодежной политики Хабаровского края».

2. Постановление Правительства Москвы от 28.06.2005 N 482-ПП «О Концепции демографического развития города Москвы».

**ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К КАТЕГОРИИ «ЖИЗНЕСПОСОБНОСТЬ»
В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХОЛОГИИ**

И.В. Тимофеева, Т.В.Рогачева

АНО «Уральский центр комплексной реабилитации», г. Екатеринбург, Россия

Термин «жизнеспособность» в русскоязычной научной литературе появляется в работе А.А. Богданова и определяется им как «динамическая устойчивость в условиях среды» (Богданов А.А., 1989). Обратим внимание на определение А.А. Богдановым понятия «жизнеспособность» через понятие «устойчивость», что позволяет сориентироваться относительно междисциплинарного характера данного понятия.

Интересные идеи относительно понимания жизнеспособности системы можно обнаружить в экономических науках. Так, А.Л. Гапоненко и А.П. Панкрухин пишут о том, что при изменяющихся условиях жизнеспособность организации осуществляется за счет стратегического управления. Суть такого управления «не столько в предвидении будущего, сколько в создании организации, которая могла бы процветать в непредсказуемом будущем» (Гапоненко А.Л., Панкрухин А.П., 2004). Стоит правда подчеркнуть, что каких-то реальных технологий в своей статье авторы не приводят. Но для нашей работы интересна сама постановка проблемы, где появляется понятие «жизнеспособность», которое связано с понятиями выживаемости, самосовершенствования и ответственности за этот процесс и управления им.

С.Л. Рубинштейн первым в отечественной психологии поставил вопрос о различных способах жизни. Мир определяется С.Л. Рубинштейном как «организованная иерархия разных способов существования» (Рубинштейн С.Л., 2003), а специфика человеческого способа существования заключается «в мере соотношения самоопределения и определения другими». Другими словами, «существовать – значит жить на том уровне, который отвечает данному уровню существующего, данному способу существования».

Поставив в работе «Человек и мир» задачу раскрытия сущности человека через специфику его бытия, его разнообразных деятельностей как жизни, Рубинштейн указывает, главное для раскрытия онтологической сущности человека, это вопрос о будущем человека и об облике человека. Именно так «сближаются условия жизни человека, общественные условия человеческой жизни и его внутренняя сущность как проблема внутреннего бытия человека в его отношении к миру, к другим людям» (Рубинштейн С.Л., 2003). Поэтому онтологическая сущность человека раскрывается не только как совокупность общественных отношений, но и как отношение к себе и своей жизни. До сих пор актуален призыв С.Л. Рубинштейна сблизить понятия «психика» и «жизнь», который указывал еще в 1960 г.: «Связь с жизнью, с практикой и активная роль в ней, входят в исходную характеристику психического. Психологическая наука, которая идет в фарватере такого понимания психического, с самого начала нацелена на то, чтобы держать неразрывную связь с жизнью» (Рубинштейн С.Л., 1960).

С.Л. Рубинштейн выделяет несколько способов существования человека в мире, определяя жизнь как «уходящую вглубь, в бесконечность способность находиться в процессе изменения, становления, дления - пребывания в изменении» (Рубинштейн С.Л., 2003). Способы существования человека прямо зависят от восприятия жизни человеком. В Комментариях к работе «Человек и мир» К.А. Абульханова-Славская проясняет, что такое восприятие для Рубинштейна. Она пишет: «Основной идеей С.Л. Рубинштейна является рассмотрение восприятия как объективного процесса взаимодействия человека с другими предметами, сопоставимого с встречей двух реальностей» (Абульханова-Славская К.А., 2003). Поэтому любой способ существования всегда, по Рубинштейну, есть и отношение к

жизни. Первый способ это «жизнь, не выходящая за пределы непосредственных связей, которыми живет человек» (Рубинштейн С.Л., 2003). Такую жизнь можно определить как «быть детерминированным, но не только в понятии, а в действительности», т.е. такой способ – «почти природный процесс, когда человек весь внутри жизни, всякое его отношение – это отношение к отдельным явлениям, но не к жизни в целом» (Рубинштейн С.Л., 2003). Говоря современным языком, такой способ существования – это жизнь объекта, т.е. человек не активен в своей жизни, подчиняясь ситуации, обстоятельствам, чужим потребностям и пр. Другими словами, существование человека сводится только к пассивному выполнению определенных норм и требований, предъявляемых социумом, а жизнь образно может быть названа «недо-жизнь». Следующий способ связан с появлением рефлексии, которая «как бы приостанавливает, прерывает непрерывный процесс жизни и выводит человека мысленно за ее пределы». По Рубинштейну, на этом заканчивается существование человека как объекта и появляется возможность пойти двумя разными путями – «либо к душевной опустошенности и нигилизму... либо к построению жизни на новой, сознательной основе, ...к осмыслению жизни» (Рубинштейн С.Л., 2003). Данный способ существования назван Рубинштейном созерцанием, которое не рассматривается как синоним пассивности, бездейственности человека, это «способ чувственного отношения к миру, познавательного отношения». «Величие человека, его активность, - указывал Рубинштейн, - проявляются не только в деянии, но и в созерцании, в умении постичь и правильно отнестись к миру, к бытию». Следующий способ можно назвать высшим, т.к. именно этот вариант жизни связан с субъектностью как способности человека изменять мир, т.е. такой уровень жизни, на котором возможна «сознательная регуляция, включающая и осознание окружающего и действия, и направленная на изменения» (Рубинштейн С.Л., 2003). С.Л. Рубинштейн понимал под субъектностью способность «выходя за пределы своего собственного одиночного существования, отдавать себе отчет в своем отношении к миру, к другим людям, подчинять свою жизнь обязанностям, нести ответственность за все содеянное и все упущенное, ставить перед собой задачи и, не ограничиваясь приспособлением к наличным условиям жизни, изменять мир» (Рубинштейн С.Л., 2003). Сама жизнь здесь становится «способом осуществления своего «Я» как субъекта, индивидуальности... посредством связи этим Я новообразований, жизненных достижений». Именно на этом уровне существования человека проявляются такие качества человека, которые Рубинштейн назвал «высшие ценностные образования, механизмы, развивающиеся, выработанные в ходе жизни», другими словами, жизнеспособность.

Первым отечественным психологом, который ввел в понятийное поле советской психологии категории «жизнеспособность» и «жизнестойкость» был Б.Г. Ананьев. Уже в I главе своей работы «Человек как предмет познания» данный автор указывает на перспективы изучения человека через диалектическое взаимодействие дифференциации и «смежности» как «преобразования прикладных функций одной науки по отношению к другой» (Ананьев Б.Г., 2010), имея в виду медицину и психологию. Б.Г. Ананьев подчеркивает, что «всё большее внимание наряду с познанием природы болезней уделяется здоровью и комплексу факторов, повышающих жизнеспособность и жизнестойкость человека» (Ананьев Б.Г., 2010).

Ананьев, не давая определения понятию «жизнеспособность» в данной работе, в то же время проводит глубокий анализ факторов, способствующих высокой жизнестойкости человека. Он пишет, что главным фактором выступает «образование индивидуальности и обусловленное ею единое направление развития индивида, личности и субъекта в общей структуре человека», другими словами, индивидуальность есть «синтез свойств замкнутой саморегулирующейся системы» (Ананьев Б.Г., 2010) и не может быть сведена к таким показателям, как пол, возраст, статус, мотивации и др.

Последователь С.Л. Рубинштейна – К.А. Абульханова-Славская вводит понятие «жизненная темпоральная система» (Абульханова-Славская К.А., 2001), прямо связывая это понятие с активностью, т.е. со «способом реализации, потребности в деятельности, в общении, самовыражении, самоосуществлении личности в формах жизни» (Абульханова-Славская К.А., 2001). Обращаясь к проблеме способностей, данный автор указывает, что «под способностями мы имеем в виду не только способности в принятом смысле слова, но и силы, энергию, возможности личности», другими словами – наличие или отсутствие стратегии жизни. Наличие стратегии жизни прямо связывается данным автором со способом жизни человека. Если личность детерминирована внешними факторами («объективной логикой» жизни), то время личности «задается внешними структурами: деятельностью, отношениями и т.д. Во втором случае личность выступает как субъект жизненного пути, ... ей свойственно построение особой темпоральной формы – стратегии жизни» (Абульханова-Славская К.А., 2001).

К.А. Абульханова-Славская выделяет несколько способов существования личности. Так, при «эмпирическом», т.е. детерминированном внешними обстоятельствами способе существования возможны 2 варианта жизненного движения. Первый вариант возникает при условии благоприятного хода жизни, независимого от личности. В таком случае «возникает внутренне пропорциональный и пропорциональный внешним условиям способ существования», который позволяет личности в стабильных условиях быть устойчивой. Второй вариант связан с отсутствием принципа гармонии, т.к. «психический склад, притязания, активность не дают личности ресурсов для равномерного движения в жизни». Такая личность вступает в неизбежные противоречия с действительностью, т.к. с одной стороны, индивидуальные способности и возможности данной личности не соответствуют требованиям среды, что связано с высоким уровнем притязаний, с другой – внутренние переживания носят характер агрессии, тоски или скуки, что приводит к неудовлетворенности жизнью. Другой способ существования в мире ориентирован на раннее становление зрелости человека, причем «это зрелость не по возрастной периодизации, а по жизненной». Под жизненной зрелостью понимается «опережение личностного движения и развития по отношению к ходу и событиям, формам жизни». Такое опережение связано с трудностями, которые вынуждена преодолевать личность. К.А. Абульханова-Славская пишет, что такая личность развивается через разрешение как внешних, так и внутренних противоречий, поэтому ее зрелость «достигается трудным путем разрешения жизненных проблем, на осознание и решение которых уходят жизненные силы». Именно этим механизмом можно объяснить раннее взросление некоторых детей, имеющих серьезные соматические проблемы.

К.А. Абульханова-Славская ставит вопрос о цене, которую вынуждена платить личность, выбравшая определенный способ жизни. «Эта цена определяется мерой затраты жизненных сил на преодоление социально неизбежных трудностей», подчеркивая методологические основания решения этой проблемы. Она пишет: «Рубинштейновская философская антропология открыла путь к определению личности не через абстракцию ее сущности (или структуры), а через способ существования как осуществления себя, своего «Я». Экзистенциальное пространство личности не ограничивается пространством ее тела, а создается ее психологическими проявлениями, осуществлением себя» (Абульханова-Славская К.А., 2001).

Продолжая традицию С.Л. Рубинштейна, К.А. Абульханова-Славская подчеркивает, что «личность становится (или не становится) субъектом в полном смысле слова именно по отношению к необходимости жизни... Она является субъектом (или становится им) в той мере, в какой противостоит необходимости, преодолевает ее» (Абульханова-Славская К.А., 2001). Таким образом, делается вывод о том, что жизненная способность личности связана с определенным способом ее организации, когда

способности и потребности личности развиваются оптимально. Критерием оптимального развития личности выступает, по мнению К.А. Абульхановой-Славской, «способность изменять реальную жизнь в соответствии с принципами человечности». Принципы человечности рассматриваются в соотношении к подлинности жизни. При организации жизни личность как бы осуществляет, по меткому выражению С.Л. Рубинштейна, «расстановку сил», и эта расстановка осуществляется личностью *«идеально»* и реально одновременно, ...предполагает мужество самой личности, и способ реализации в реалиях жизни» (Абульханова-Славская К.А., 2001). «Как много вберет для себя личность в свое понимание, представление о человечности определит она сама, но тем более важно, чтобы представление было максимально реализовано практически, от чего и зависит ее переживание подлинности или неподлинности своей жизни. Пусть масштабы ее деяний будут не безмерны, пусть она проживет лишь свою собственную жизнь согласно принципам человечности – это бесконечно трудно и безгранично много» (Абульханова-Славская К.А., 2001), пишет в заключении К.А. Абульханова-Славская.

Е.А. Рыльская ставит проблему жизнеспособности с позиции кросс-культурного подхода. Справедливо указывая на недостатки такого подхода, среди которых на первом месте ориентированность на копинг-стратегии, на механизмах преодоления трудных жизненных ситуаций, данный автор предлагает присоединиться к трансспективному методу исследования жизнеспособности. Подчеркивая сложность и полифункциональность данного понятия, автор считает, что «представляется целесообразным осуществлять исследование на пересечении двух фундаментальных парадигм современной науки (естественно-научной и герменевтической), репрезентированных в сосуществовании трех основных типов рационального познания (классического, неклассического, постнеклассического)» (Рыльская Е.А., 2013). Автор выделяет различные варианты жизнеспособности, например личностную, социальную, психологическую, профессиональную и другие виды жизнеспособностей (Рыльская Е.А., 2009). Рассматривая жизнеспособность с различных сторон, автор анализирует жизнеспособность как выживаемость («способность, проявляющаяся в жизнеопасной ситуации» (Рыльская Е.А., 2009), как «способность противостоять обыденности и обломовщине», как адаптивность, т.е. «гибкость, умение приспособиться к новым условиям». Таким образом, в целом можно предположить, что под жизнеспособностью автор понимает ресурс преодоления трудной жизненной ситуации. Сама Е.А. Рыльская дает следующее определение жизнеспособности: «Жизнеспособность может быть рассмотрена как общая интегральная способность, свойство всей функциональной системы человека, представляющая собой сплав, синергетическое единство определенных природных и духовных способностей. ... Жизнеспособность выступает как ансамбль разнообразных, сложных качеств и потенциалов, интегрированных в еще более сложные по составу и функциям свойства и потенциалы, формирующие синергетическое единство, обладающее особыми эмерджентными свойствами» (Рыльская Е.А., 2013). Другими словами, под жизнеспособностью автор понимает некую целостность, правда непонятно, каковы психологические механизмы, скрепляющие разнообразные, выделяемые автором, качества, потенциалы и способности личности. Определяя жизнеспособность как многоуровневое образование, Е.А. Рыльская выделяет следующие уровни: функциональный, операционный, мотивационный, которые «представлены связями жизнеспособности с индивидуальными, субъектными, личностными свойствами человека» (Рыльская Е.А., 2013). Выделенная автором структура подчиняется следующим закономерностям: во-первых, системогенеза и, во-вторых, гетерархичности, «которая проявляется в различных конфигурациях связей в зависимости от конкретных условий онтогенеза».

В работе «Психологическая концепция жизнеспособности человека» данный автор выделяет функциональные критерии жизнеспособности. Исходя из определения, в качестве первого критерия выступает нормативно-ролевой, который «позволяет судить о таком решении жизненных задач, которое фиксируется объективно как выполнение или невыполнение человеком репертуара социальных ролей, соответствующих определенному этапу жизненного пути» (Рыльская Е.А., 2013). Другими словами, этот критерий может быть назван наблюдаемым. Вторым критерием выступает индивидуально-психологический, отражающий «удовлетворенность человека собственной жизнью и свидетельствующий о его субъективном отношении к репертуару реализуемых социальных ролей», т.е. данный критерий представлен через эмоциональную сферу человека.

Жизнеспособность часто рассматривается в контексте психического здоровья, а иногда трактуется как само психическое здоровье. Так, В.И. Слободчиков считает, что психологическое здоровье есть единство жизнеспособности и человечности индивида (Слободчиков В.И., 2004). В работе «Психология развития человека» данный автор совместно с Е.И. Исаевым указывает, что «психическое здоровье человека интерпретируется как собственная жизнеспособность человека, жизненная сила, обеспеченная полноценным развитием и функционированием психического аппарата. Жизнеспособность или умение выживать, приспосабливаться и развиваться в изменяющихся, не всегда благоприятных условиях является предпосылкой психологического здоровья» (Слободчиков В.И., 2004).

Ю.В. Науменко прямо связывает категорию «жизнеспособность» со здоровьем, определяя данное понятие как «системное качество личности, характеризующее органическое единство психофизиологических и социальных способностей человека к эффективному применению средств позитивного самовыражения и самореализации в рамках конкретного культурно-исторического социума» (Науменко Ю.В., 2005). Данный автор выделяет, таким образом, 2 уровня жизнеспособности. На психофизиологическом уровне это индивидуально-типические свойства психики, проявляющиеся в достаточно высокой приспособляемости и сохранении привычного позитивного самочувствия. Другой – социально-личностный уровень – предполагает функционирование личности на уровне субъектности и характеризуется следующими проявлениями:

«- осознание индивидом непрерывности, постоянства и идентичности своего физического, психического и личностного «Я»;

- способность управлять своим поведением в соответствии с социальными нормами;

- позитивная критичность к себе и собственной жизнедеятельности;

- способность изменять поведение и уточнять смысл своего существования»

(Науменко Ю.В., 2005).

Удивительно, но практически все современные отечественные авторы определяют жизнеспособность через способность к Так, А.И. Лактионова, описывая введение в научный оборот данного понятия указывает, что «это понятие определяют как способность человека к самостоятельному существованию..., как способность управлять собственными ресурсами..., способность рационально планировать и успешно совершать действия в определенных условиях, способность строить нормальную, полноценную жизнь» (Лактионова А.И., 2010). Этот автор также определяет жизнеспособность как «индивидуальную способность человека к социальной адаптации и саморегуляции, помогающей ему управлять собственными ресурсами: эмоциональной, мотивационно-волевой, когнитивной сферами, в контексте социальных, культурных норм и средовых условий» (Лактионова А.И., 2010). Более того, во многих работах отечественных психологов дается детальный анализ соотношения категорий «жизнеспособность» такими

понятиями как «жизнестойкость», «сопротивляемость» и т.д. при непроясненности первого понятия. Вспомним С.Л. Рубинштейна, который еще в прошлом веке описывал состояние способности к жизни как возможность личности выйти за пределы своего одиночного существования, нести ответственность и изменять свой мир.

Таким образом, жизнеспособность – это многомерный (интегральный) конструкт, определение которого формулируется на стыке индивида и его социального окружения, а удовлетворительное решение проблемы жизнеспособности возможно на основе контекстных методов и инструментов изучения именно жизнеспособности.

Список литературы:

1. Абульханова-Славская К.А. Комментарии к работе С.Л.Рубинштейна «Человек и мир» / К.А. Абульханова-Славская // Бытие и сознание. Человек и мир. – СПб.: Питер, 2003. – С.406-426.
2. Абульханова-Славская К.А. Время личности и время жизни / К.А.Абульханова-Славская, Т.Н.Березина. – СПб.: Алетейя, 2001. – 304 с.
3. Ананьев Б.Г. О проблемах современного человекознания / Б.Г.Ананьев. – М.: Наука, 1977. – 380 с.
4. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания / Б.Г.Ананьев. – СПб.: Питер, 2010. – 288 с.
5. Богданов А.А. Тектология: всеобщая организационная наука / А.А.Богданов. – М.: Экономика, 1989. – Т. 1.
6. Гапоненко А.Л. Стратегическое управление // А.Л.Гапоненко, А.П.Панкрухин. – М.: Омега, 2004. – 472 с.
7. Лактионова А.И. «Жизнеспособность» в структуре психических понятий // Вестник МГОУ, - 2010. - № 3. – С.11-15.
8. Науменко Ю.В. Школа и здоровье: теоретико-методологический анализ / Ю.В.Науменко. – Волгоград: Из-во ВГИПК РО, 2005. – 244 с.
9. Рубинштейн С.Л. Бытие и сознание Человек и мир. / С.Л.Рубинштейн. – СПб.: Питер, 2003.- 512 с.
10. Рубинштейн С.Л. Проблемы способностей и вопросы психологической теории / С.Л.Рубинштейн. – Вопросы психологии. – 1960. - №3. – С.3-15.
11. Рыльская Е.А. Психология жизнеспособности человека / Е.А.Рыльская. – Челябинск: Из-во Челябинского государственного педагогического университета, 2009. – 361 с.
12. Рыльская Е.А. Психологическая концепция жизнеспособности человека / Е.А.Рыльская. – Челябинск: Полиграф. Мастер, 2013. – 336 с.
13. Слободчиков В.И. Индивидуальность как способ духовного бытия человека / В.И.Слободчиков // Индивидуальность в образовании. – 2004. - № 2.

УДК 159.923.2

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ЖИЗНЕННЫХ РЕСУРСАХ ЧЕЛОВЕКА

В.Б. Чупина, Л.С. Гавриленко, Ю.В. Живаева
ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого», г. Красноярск, Россия

Понимание значимости жизненных ресурсов, которыми располагает человек, пронизывает всю его жизнедеятельность. На фоне признания человека открытой системой, существующей в режиме становления в быстро нарастающем ритме

усложняющейся жизни, ему все труднее справляться с многочисленными изменениями, втягивающими и погружающими его в новое пространство мира. Для того чтобы успеть и разобраться во всех инновациях, принять необходимые решения, своевременно измениться или предпринять адекватные меры для предотвращения нежелательных трансформаций или событий, человеку необходимы значительные жизненные ресурсы.

В психологической науке имеются отдельные исследования, дающие некоторые представления о психологических характеристиках жизненных ресурсов личности. В частности, значительное внимание уделялось психологическим механизмам расходования жизненных ресурсов, прежде всего - защитным. Вопросы особенностей психологических защит личности впервые с должной глубиной были поставлены в рамках психоанализа (Фрейд З., Адлер А., Хорни К. и др.). Начата их существенная разработка и в наше время. В разные годы и на разной экспериментальной базе к их изучению обращались Л.И. Анцыферова, Ф.В. Бассин, Л.И. Вассерман, Р.М. Грановская, И.Б. Лебедев, С.А. Ошаев, Ю.С. Савенко, А.М. Штыпель, R.S. Lazarus, C.S. Carver, M.F. Sheier и др.

Тем не менее, содержание самого понятия «жизненный ресурс» все еще остается достаточно расплывчатым. В широком смысле слова оно используется для описания жизненных возможностей, потенциала человека; в узкой трактовке - при описании способности человека справиться с различными трудными, стрессогенными ситуациями, осуществить саморегуляцию своего поведения, выполнить стоящие перед ним жизненные задачи.

Так В.А. Бодров определяет его следующим образом: «Ресурсы являются теми физическими и духовными возможностями человека, мобилизация которых обеспечивает выполнение его программы и способов (стратегий) поведения для предотвращения или купирования стресса» (Бодров, 2006).

К. Муздыбаев определяет ресурсы как средства к существованию, возможности людей и общества; как все то, что человек использует, чтобы удовлетворить требования среды; как жизненные ценности, которые образуют реальный потенциал для совладания с неблагоприятными жизненными событиями (Муздыбаев, 1998).

Наиболее изученным является функциональный аспект проблемы жизненных ресурсов. Изучение психологических защит и совладающего поведения позволило выявить механизмы актуализации жизненных ресурсов человека, основания и ограничения их влияния на его поведение.

Согласно научным выводам (Роджерс К., Маслоу А., Франкл В. и др.), накопление жизненных ресурсов выступает основой жизненной успешности, даже при условии отсутствия действующих стрессоров. Находясь в повседневной жизни в потенциальном состоянии, жизненные ресурсы актуализируются при возникновении напряженных, ответственных, стрессирующих ситуаций.

Раскрывая содержание жизненных ресурсов человека, к ним относят внешние и внутренние источники его возможностей.

Внешние источники жизненных сил человека связаны с социальным способом бытия человека и представляют собой результат социальной поддержки (Выготский Л.С., Леонтьев А.Н., Петровский А.В., Петровский В.А. и др.). Преобразование социальной поддержки в личностный ресурс основано на привлечении внутренних ресурсов человека.

К внутренним жизненным ресурсам человека относят его психологические возможности, позволяющие наиболее полно удовлетворять имеющиеся потребности. Л.А. Александрова предлагает рассматривать жизнестойкость в контексте совладания с жизненными трудностями как способность личности к трансформации неблагоприятных обстоятельств своего развития, которая лежит в основе совладающего поведения (Александрова, 2005).

Е.П. Белинская отмечает, что современные психологические подходы к проблеме преодоления трудных жизненных ситуаций рассматривают совладание как динамический процесс, протекание которого определяется не только характеристиками самой ситуации и личностными особенностями субъекта, но их взаимодействием, которое заключается в формировании комплексной когнитивной оценки, включающей в себя как интерпретацию субъектом ситуации, так и его представления о себе в ней (Белинская, 2009). В данном контексте особое значение приобретает личностный смысл ситуации, когда человек способен воспринимать жизненные трудности как возможности.

В качестве одного из компонентов жизнестойкости Л.А. Александрова определяет личностные ресурсы, выделяемые С. Мадди, которые на уровне реализации обеспечены развитыми стратегиями совладания.

В качестве второго компонента обозначается смысл, предопределяющий вектор этой жизнестойкости и жизни человека в целом. Как отдельный компонент жизнестойкости Л.А. Александрова выделяет гуманистическую этику, задающую критерии выбора смысла, пути его достижения и решения жизненных задач.

На фоне достаточно небольшого количества исследований по данной проблематике можно отметить экономическую теорию жизненных ресурсов Е.В. Балацкого. Согласно, которой роль функциональных ограничений, формирующих пространство возможных действий, выполняют две «производственные функции», описывающие зависимость целей человека и его реальных достижений от объема его жизненных ресурсов и состояния внешней среды. Набор жизненных ресурсов весьма ограничен, он включает в себя деньги (доход); энергию (жизненную силу); время (суточный фонд времени, в которой входят сон, рабочее время и досуг); знания (информацию). Эти ресурсы качественно неоднородны и не сводимы друг к другу, но вместе с тем могут частично взаимозамещаться. Ими обладают все люди, разница лишь в степени наделенности и в их субъективной значимости.

Время — ресурс фиксированный и принципиально невозобновляемый. Каждому человеку отведено 24 часа в сутки, и упущенное время восстановить нельзя.

Жизненная энергия — ресурс частично возобновляемый. У разных людей ее количество различно, иногда растроченная энергия может быть восстановлена и даже приумножена, иногда — нет.

Деньги — ресурс возобновляемый. Каждый человек наделен финансовым ресурсом в разной степени, а трата денег, как правило, компенсируется последующим заработком. Знания — ресурс возобновляемый. Как и деньги, информация может накапливаться и расходоваться.

Рассмотренные жизненные ресурсы тесно связаны с фундаментальными атрибутами мира. Так, время и энергия, играющие основополагающую роль практически во всех науках, учитываются в явном виде, информация учитывается через переменную знаний, пространство — через переменную дохода (Балацкий, 2007).

Знания жизненных ресурсов позволяют ставить перед собой цели и достигать их с той или иной эффективностью. Ресурсные ограничения, которые предполагают, что наличие каждого из четырех жизненных ресурсов для человека не безгранично, а имеет строго определенные количественные пределы, представляют собой дополнительные ограничения в жизнедеятельности человека.

Разумеется, чем больше каждого ресурса, тем больше вероятности, что человек индивидуально правильно сформирует свои жизненные задачи и успешно их решит. Безусловно, между достижениями человека и его жизненными ресурсами имеет место и обратная связь.

Таким образом, несмотря на существующие в психологической науке подходы к пониманию жизненных ресурсов, само понятие как психологическая категория представляется недостаточно разработанным.

Ограниченность источниковой базы, не позволяющей осуществить должное теоретическое осмысление жизненных ресурсов, обусловила постановку цели исследования: изучение представлений о жизненных ресурсах личности.

В ходе экспериментального исследования проводилось анкетирование 160 человек (возрастной диапазон от 19 до 75 лет), позволившее получить исходную информацию о жизненных ресурсах личности, используемых ею в различных ситуациях.

Наиболее общим из поставленных в анкете вопросов касался определения жизненных ресурсов - «Что такое жизненные ресурсы?» - позволил выявить достаточно ограниченный перечень феноменов. Опрашиваемые испытали значительные трудности в вербализации жизненных ресурсов человека. 20% испытуемых определили жизненные ресурсы следующим образом: «Жизненные ресурсы – это силы, которые можно использовать для удовлетворения потребностей», «... это качества, силы, особенности окружения человека, позволяющие ему преуспевать и преодолевать трудности».

Остальные испытуемые ограничились перечислением таких суждений как семья, друзья, материальные средства, оптимизм, здоровье и др.

В данном случае интересно отметить, что развернутое определение жизненных ресурсов попытались сформулировать респонденты, имеющие высшее психологическое образование.

Ответ на вопрос о ранжировании актуальных жизненных ресурсов у всех испытуемых оказался примерно схожим. На первое место был определен такой жизненный ресурс как семья, на втором месте оказался ресурс «внутренняя гармония», далее – оптимизм, друзья, родственники, образование (знания, учеба), материальные средства. Анализ ранжирования жизненных ресурсов позволяет выделить в качестве наиболее стабильных составляющих мотивационно-ценностную сферу и помощь окружающих, а также познавательные возможности человека.

Наименее редко среди жизненных ресурсов личности называлось здоровье. Данный жизненный ресурс был отмечен в выборке респондентов от 70 лет. Безусловно, это может говорить о значимости данного ресурса для данной возрастной категории.

Не выявлено ни одного упоминания о таком жизненном ресурсе как время.

Далее испытуемым был предложен проективный тест «Морские сокровища» З. Королевой.

Проанализировав рисунки мы выявили, что большинство испытуемых (75%) показывают недостаточность материального ресурса. Хочется заметить, что данная тенденция наблюдается у всех участников до семидесятилетнего возраста. Возможно, это связано с кризисной ситуацией в стране. У 8% респондентов израсходован такой жизненный ресурс как здоровье. Это заметно на рисунках, исследуемых в возрастной группе от семидесяти лет. И 17% испытуемых нуждаются в знаниях. Здесь тоже необходимо отметить такой интересный факт, что все эти респонденты представители выборки от 28 до 36 лет, имеющие различные по форме аддикции. Соответственно, можно предположить, что ограничения связанные с зависимостями мешали формированию пространства их жизнедеятельности посредством дефицита информации через переменную знаний.

Подводя итоги по экспериментальному материалу, мы можем выделить два момента:

1. При определении жизненных ресурсов респонденты исходят из того, что это некие внутренние возможности (силы) человека, необходимые ему для удовлетворения потребностей жизнедеятельности.

2. Жизненные ресурсы видятся через систему актуальных жизненных ценностей на определенном этапе развития.

Список литературы:

1. Александрова, Л.А. О составляющих жизнестойкости личности как основе ее психологической безопасности в современном мире / Л.А. Александрова // Известия Таганрогского государственного радиотехнического университета. – 2005. – Т. 51. – №7. – С. 83 – 84.

2. Балацкий, Е.В. Теория жизненных ресурсов: модели и эмпирические оценки / Е.В. Балацкий // Мониторинг общественного мнения. – 2007. - №2(82). – С.124-133.

3. Белинская, Е.П. Совладание как социально-психологическая проблема / Е.П. Белинская // Психологические исследования: электрон. науч. журн. – 2009. – №1(3). – URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 06.11.2015).

4. Мадди, С.Р. Смыслообразование в процессе принятия решений / С.Р. Мадди // Психологический журнал. – 2005. – Т. 26. – №6. – С.87– 101.

5. Муздыбаев, К. Стратегия совладания с жизненными трудностями. Теоретический анализ / К. Муздыбаев // Журнал социологии и социальной антропологии. – Том 1. – 1998. – №2. – С. 100 – 109.

6. Франкл, В. Человек в поисках смысла / В. Франкл. – М.: Прогресс, 1990. – 175 с.

РАЗДЕЛ 3. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ КАК ЦЕННОСТЬ

УДК 159.923

CULTURAL AND HISTORICAL CONCEPT AS THE BASIS OF LEARNED HELPLESSNESS GENESIS RESEARCH AMONG CHILDREN WITH THE WEAKENED HEALTH

O.V. Volkova

Krasnoyarsk State Medical University named after professor

V.F.Voino-Yasenetsky of Health Ministry of the Russian Federation, Krasnoyarsk

The opportunity to be successful in the course of development and knowledge of reality, prospects of self-realization and vital self-implementation depend not so much on the level of basic intellectual potential, but on the personal features of the person combining motivation to transformation of surrounding reality, sufficient level of the strong-willed aspiration focused on difficulties' overcoming, the active life position interfaced to continuous self-development and self-education. Bases of such active informative and active approach to formation of own future prospects are put in a family, formed under the influence of a direct environment.

In attempts to solve similar questions two essentially opposite methodological approaches in studying human nature were created in science: "biological" one and "ideal" one.

From the position of ideal approach people have divine origin. According to this point of view, the purpose of person's life is "to carry out God's plan", to express part of "objective spirit", etc (Vygotskij (1984); Zalevskij (2007); Shhedrina (1989)).

From the "biological" point of view people have natural origin and they are part of wildlife therefore human mental life can be described the same concepts, to apply to understanding of its essence by the same phenomena, as are applicable to the description of animals' mental life (Lipowski, Lipsitt, Whybrow (1988); Seligman (1975, 1993); Vygotskij (1984); Zalevskij (2007); Nikolaeva (1987); Titarenko (1987); Shhedrina (1989)).

Studying the problem of the learned helplessness as a phenomenon being formed in ontogenesis, under the influence of external and internal determinants of development, such as social environment and physical condition of a human body, is important to consider conceptual provisions of the cultural and historical concept of an mentality origin of the person in which an attempt of solving the problem of person's consciousness origin and development is made.

A number of studies describe this concept as the theory of socio-historical origin of the highest mental functions of the person.

The cultural and historical concept of L.S. Vygotskij's (1984) includes three complementary parts. The first part contains the postulates describing the ratio of the person with the natural beginning. Its main contents can be formulated in the form of two theses.

The first thesis concerns upon changes of a human which he had in the long development from the status of an animal to the status of person: there was a cardinal change of his relations to the environment. Throughout all existence of fauna the environment affected an animal, altering it and forcing to adapt to itself. With the advent of the person opposite process is observed: the person affects the nature and alters it. The second thesis explains the existence of change mechanisms of the nature from the person. This mechanism is in creation of tools of labor, in development of goods production (Vygotskij (1984)).

The second part of L.S. Vygotskij's concept is devoted to the connection of the person and his inner world ("The person and his own mentality"). It contains the following provisions. The first situation is that mastering the nature didn't take place completely for the person, he learned to seize own mentality, it had the highest mental functions which are expressing in forms of will-power activity. L.S. Vygotskij understood ability of the person as direct own efforts to

storing of some material, to pay attention to any subject, to organize the highest mental functions (Vygotskij (1984)).

The second point of the concept is that the person seized the behavior, as well as the nature, by means of special psychological tools. The author of the concept called these psychological tools "signs" (Vygotskij (1984)).

The third part of the concept is devoted to studying the genetic aspects, specifically the problem of means-signs origin.

The postulate claiming that the person as the biological species was created in the course of labor formed the basis for the third part of the cultural and historical concept. The person, having heard a certain combination of sounds, carried out this or that labor operation. But later, in the course of human activity a man began to turn orders not from outside, but from inner side. As a result, after outside function of a sign-word orders there appeared its organizing function. The person learned to control the behavior. Therefore, opportunity to order himself was born in the course of cultural development of the person.

It is considered that at the initial stages epy functions of the person ordering and the person executing these orders, were also divided. So all process by definition of L.S. Vygotskij's was inter psychological, that is interpersonal. Then these relations turned into the intra personal relations that are intra psychological. L.S. Vygotskij called the development, transformation process of inter psychological relations into intra psychological as interiorization. During an interiorization there is a transformation of external means signs (notches, small knots, etc.) in internal (images, elements of the internal speech, etc.).

In ontogenesis, according to L.S. Vygotskij (1984), similar mechanisms are observed. At first the adult affects the child with the word, inducing him to do something. Then the child adopts a way of communication and learns to influence the adult with the word. At the third stage the child starts influencing the word himself.

Thus, fundamental provisions of the cultural historical development concept suggested by L.S. Vygotskij (1984) consist in the following. The highest mental functions have the mediated structure. The process of person mentality development is characterized by interiorization of the relations of management (control) and means-signs.

According to the main objectives of this research the thesis of L.S. Vygotskij's concept containing the idea that the origin of person consciousness is connected with his social nature is significant. The consciousness is impossible without society. Specifically human way of ontogenesis is in assimilation of socio-historical experience by means and in the process of training and education – socially developed ways of human experience transfer. These ways provide full development of child mentality.

So studying the formation mechanisms and correction ways of "the learned helplessness" phenomenon demands to organize taking into account an environment factor, on the basis of studying patterns of behavior mastered by means of interaction with the environment, mechanisms of fixing and maintenance of these patterns, and also their combinations to the specific physiological state caused by somatic factors. Studying the influence of a complex containing the specified structural elements as the model forming learned helplessness in ontogenesis since the period of the preschool childhood, is also an objective of this research.

Martin Seligman (1975, 1993), the founder of the "the learned helplessness" theory considers that the attitude to the quality of surrounding reality and choice of an optimum behavioral pattern in difficult life situations is formed by the period by the advanced preschool age. To the same age the child forms and learns the typical style of world around perception accepted for: optimistic or pessimistic.

This style is directly interconnected with perception of parental behavior models, imitation these models, as the only observed during all childhood, as only "tool" in development of all variety both positive, and negative life experience.

However M. Seligman (1975, 1993) specifies that this style is not only appropriated as behavior model, it "is improved" and becomes stronger in children's consciousness by means of such methods as criticism from parents, teachers and other representatives of an adult environment. The learned helplessness taking sources from pessimistic perception of life already created in the child, takes roots in situations of life crisis, in the situations of stress provoked by death of the relatives, divorce in a family, recurrence of violence cases in a family, an illness of relatives, low level of own health of the child, etc.

Whatever occurred in life of the child in the close intra family and external social environment affects directly the formation of experience picture of the child, as certain integrity of perception of the whole world picture. It is important that in the children's relation there can't be a neutral emotional reaction. Cases of frequent, systematic negative experience steadily form the pessimism, being characterized by generalization. And, if the help in overcoming the negative attitude to a series of situations doesn't happen in due time, negative attitude, expectation of negative result, feeling of futility of any efforts to receive significant, good, valuable, desirable result (that is group of the learned helplessness markers) predetermines all reactions of the child to situations in the future. The similar relation is rather steadily fixed, including, and concerning education process that is a serious problem of an educational system and training at all stages of bringing up children (Seligman (1975, 1993)).

In the researches M. Seligman (1993) compares two opposite attitudes concerning optimism/ pessimism of children statements in a situation when children have to explain the reasons of unsatisfactory mark for task performance. The first: "Everything is wrong because I am a fool", the second: "Everything is wrong because I was badly prepared". Such contents of the given characteristics as time, space and personalization reflect absolutely different living positions in these two expressions.

Pessimism and helplessness are different in tendency to globalization: "I am not successful in this specific business, so what can you expect from me in another matters?"

On the contrary children more inclined to optimism, try to divide accurately the level of the progress and abilities depending on a sort of activity and on the basis of real experience: "I study not really well, but I play soccer fine!" The child, who has learned helplessness, wouldn't even begin trying other types of occupations, relying on fear, instead of on objective assessment of the talents, tendencies, interests and physical data: "If I am not successful at school, there is no sense to try something else" (Seligman (1975, 1993)).

Self-personalization (identification) of a child as silly, unsuccessful, inept, unlucky becomes eventually character feature, and, supported by the critical relation (justified, as objective: "After all it is really so! "), it is formed in a condition of a steady depression. The reasons of all troubles seem the person being hidden in himself, they are not correlated with external circumstances in any way, the negative self-relation, low self-assessment becomes stronger, the basis for neurosis is formed.

Search of the learned helplessness prevention and correction ways is assumed, first of all, by search of recognition mechanisms and change of negative ideas-thoughts polarity appearing and operating automatically in human sub consciousness at the time of failures and disappointment. It concerns equally both children and adults. Children having negative experience over time get used to presence of negatively loaded ideas-thoughts which are transforming to installations. It becomes a habitual state. And, in spite of the fact that the child feels discomfort from these reflections, he/ she has no ability (skill, method) to resist them (Seligman (1975)).

Analyzing operation of the emergence mechanism of pessimistic, "helpless" thoughts concerning prospect and productivity of own action (by all means unsuccessful, wrong), it is possible to find similarity to the interiorization process mechanism described by L.S. Vygotskij (1984) in the cultural and historical concept of person development.

Similar to the process when the inter psychological relations during ontogenetic mentality development pass into the internal plan of the personality, and incorporate all specific features, signs and the symbols mastered by means of external interaction with a natural and social environment, interpersonal relationship of the child with the adult environment, painted by pessimism, lack of positive reinforcements, suggestion to the child skill absence, awkwardness, are transferred to the inner world of the child.

"Notches", "memory knots", prints of repeated wrong actions start carrying out function of internal means signs: images of action, concepts of the internal speech, list of rules sets and standards of behavior.

Ontogenetically at the initial stage, the adult estimates actions of the child from the outside: initiates action and estimates it negatively, often, underestimating degree of the efforts enclosed by the child and the directed intensions (often in a false manner justifying it as a special form of stimulation, motivation). At the following stage the child, being the initiator of action, in the first attempts to achieve desirable result gets the result which doesn't meet expectations. So the child is convinced of objectivity of external negative estimation and than he stops attempts to achieve the result approached to an ideal.

At the third stage of internal feeling of "the learned helplessness" formation the child influences in limiting way concerning own actions, intentions, motives, will, emotions, thoughts, and consequently developments, by interiorization - now without the aid of the adult.

Thus, an important role in formation of the learned helplessness at early stages of ontogenesis is played by a family.

D.A. Ciring (2010) researches showed that significant distinctions were found in styles of parental attitude of children with personal helplessness and in parents of independent children.

Parents of helpless children are more inclined to show instability of educational style. Besides, it was revealed that impact of maternal and fatherly styles of education on formation of personal helplessness and independence significantly differs. Mothers of helpless children are more inclined to conniving, than mothers of independent ones, strive for the maximum and noncritical satisfaction of any needs of the child more often, turning his desire and need into the law of this educational style/ They reason the exclusiveness of the child, desire to give what they were deprived, by absence of the father in their own family (when they themselves were children). Children having helplessness fathers, on the contrary, are less inclined to noncritical satisfaction of any needs of the child, than fathers of independent children. It is possible to assume that fatherly conniving is perceived by the child as encouraging independence, whereas maternal - as suppressing it (Lipowski, Lipsitt, Whybrow (1988); Seligman (1975, 1984); Vedeneeva (2009); Zabelina (2008); Ciring (2010); Jakovleva (2008)).

It is also revealed that both mothers and fathers of helpless children are characterized by the projection to the child of their own undesirable qualities. The parent in this case is inclined to see the features which existence he doesn't want to recognize in himself but not in the child. He combats these qualities of the child, both real, and imaginary, taking himself emotional benefit from this. Negative roles are imposed to the child, and it allows father or mother to believe that they have no these qualities. Parents show latent confidence that the child "is incorrigible"; he is like this by his core (Vedeneeva (2009); Zabelina (2008)).

In return, the child can make efforts "improving" but as the father and mother are sure (and they show it to him) that he can't change, reaction of parents to any option of his behavior remains the same. Thus, the child can't feel control over the events that is the most important prerequisite of helplessness formation (Seligman (1975, 1984)).

Besides, tendency to an infantilization of the child is more peculiar to fathers of helpless children. Children become helpless having fathers who are inclined to bring up a role position of "small" in the child. Such fathers encourage preservation of such children's qualities as spontaneity, naivety, playfulness. They feel fear or unwillingness of children growth and

maturity, perceive growing and development as misfortune. The attitude towards the child as to "small" reduces level of requirements to him. The child doesn't get adequately experience of overcoming difficulties, getting responsibility, active influence on a situation (Lipowski, Lipsitt, Whybrow (1988); Seligman (1984); Vedeneeva (2009); Ciring (2010)).

With emergence of somatic symptoms process in the child the family begins to interact with this problem, so the somatic disease influences directly the development of the child-parental relations. In the families having child with weak somatic health, the psychological system is broken, which is characterized with deficiency of relationship revealed in problems of relations with mother, replacement of the father from psychological life of a family, and as a result, violation of normal formation of the child identity.

From the point of view of subjective picture of an illness, children with the weakened health are characterized by the ambivalent attitude towards disease. So the majority of children understand that the illness disturbs them: it is impossible to visit friends and relatives, to play with friends in the yard, it is necessary to be treated, take medicine, sometimes they even have to visit doctors and there is a danger to get to hospital. But at epy extra mental level the illness is more attractive to them, than health. It "is favorable" to the child because gives him the chance to become nearer to mother, to get some emotional support such as care and attention (Minuchin (1974); Varga (1985); Druzhinin (1996); Ivanov (1993); Nikolaeva (1987); Stolin (1981); Titarenko (1987); Shhedrina (1989)).

From a position of psychosomatic approach it is possible to say that helplessness is formed and "learnt" gradually, under the influence of not so much disease or understanding of degree, nature of influence of the somatic status on the child activity, but under the influence of the factor of social response to features of child somatic health. The fixed forms of family behavior play significant role in formation of negative tendencies in emotional and strong-willed, motivational, cognitive development of the child identity as a family (being the social system) often reacts those patterns which don't promote productive changes and adaptation to them, and, on the contrary, quite often interfere with development of its members and family system (Alexander (1980); Brojtigam, Kristian, Rad (1999); Ivanov (1993); Nikolaeva (1987); Thostov, Arina (1991); Shhedrina (1989)).

Thus, the analysis of wide range of the researches, which are directly related to the put problem, allowed allocating a number of the most significant bases in a question of studying "the learned helplessness" phenomenon of the children included in categories of those having weakened health.

It is expedient to carry out "the learned helplessness" phenomenon study relying on the concept of cultural historical development of mentality built by L.S. Vygotsky in view of the fact that tracing the mechanisms of learned helplessness symptoms formation is obviously possible by analogy to processes of an interiorization of sign system in the course of ontogenetic development.

In a question of studying the factors determining development of learned helplessness it is important to consider a role of society within which there is a formation and development of the child identity. Models of close adults behavior, their style of attribution to own life events and events of the child life is the prerequisite to formation of personal optimism/ pessimism of the child which, being, in fact, type of attribution allows, or doesn't allow arising and be fixed to a phenomenon of "the learned helplessness".

The development of the child in illness situation gets special originality in the social plan. From this point of view in studying the learned helplessness formation in the course of ontogenesis it is important to consider basic provisions of psychosomatic approach. Developing of the special, qualitatively other situation of child development, formation of the specific child-parental relations in an illness situation, forms an internal picture of an illness which also is the

significant construct refracting through all events of the outside world and processes of the internal plan.

References:

1. Alexander Franz G. (1980) *Psychosomatic Medicine*. New York, 138 p.
2. Lipowski Z.J., Lipsitt Don. R., Whybrow Peter C. (1988) *Psychosomatic medicine: current trends and clinical applications*. NY: Oxford University Press (5th edition), 625 p.
3. Minuchin S. (1974) *Families and family therapy*. Cambridge, 268 p.
4. Seligman M.E.P. (1975) *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman, 250 p.
5. Seligman M.E.P. (1993) *What You Can Change & What You Can't*. NY: Knopf, 317 p.
6. Brojtigam V., Kristian P., Rad M. (1999) *Psihosomaticheskaia medicina [Psychosomatic medicine]*. Moscow, 373 s.
7. Varga A. Ja. (1985) *Rol' roditel'skogo otnoshenija v stabilizacii detskoj nevroticheskoj reakcii [The role of parental attitude in the stabilization of neuro reaction]* Vestnik MGU. Serija «Psihologija». №4, S.32-37.
8. Vedeneeva E.V. (2009) *Vzaimosvjaz' motivacionnogo komponenta lichnostnoj bespomoshhnosti i vedushhej dejatel'nosti na raznyh vozrastnyh jetapah [Interrelation of a motivational component of personal helplessness and leading activity at different age stages]* Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta. № 322, S. 186-189.
9. Vygotskij L. S. (1984) *Sobranie sochinenij [Collected works]* V 6 t. T. 4. Moscow: Pedagogika, 432 s.
10. Druzhinin V. N. (1996) *Psihologija sem'i [Family psychology]* Moscow: «KSP», 160 s.
11. Zabelina E.V. (2008) *Kommunikativnaja aktivnost' i bespomoshhnost' podrostkov: rezul'taty formirujushhego jeksperimenta [Communicative activity and helplessness of teenagers: results of forming experiment]* Kostroma: Vestnik Kostrom. gos. Un-ta im. N.A. Nekrasova, № 5.
12. Zalevskij G.V. (2007) *Lichnost' i fiksirovannye formy povedenija [The personality and the fixed forms of behavior]* Serija: Dostizhenija v psihologii. Moscow: Izdatel'stvo «Institut psihologii RAN», 336 s.
13. Ivanov V.I. (1993) *Smysl bolezni v kontekste semejnyh vzaimootnoshenij [Sense of an illness in a context of family relationship]* Vestnik MGU. № 1, S.31–38.
14. Nikolaeva V. V. (1987) *Vlijanie hronicheskoj bolezni na psihiku [Influence of a chronic illness on mentality]* Moscow, 166 s.
15. Stolin V. V. (1981) *Sem'ja kak obyekt psihologicheskoj diagnostiki. [Family as object of psychological diagnostics]* Moscow: MGU, S.26-38.
16. Titarenko V. Ja. (1987) *Sem'ja i formirovanie lichnosti [Family and formation of the personality]* Moscow: MGU, 138 s.
17. Thostov A. Sh., Arina G. A. (1991) *Teoreticheskie problemy issledovanija vnutrennej kartiny bolezni [Theoretical problems of research of an internal picture of an illness]* Psihologicheskaia diagnostika otnoshenija k bolezni pri nervno-psihicheskoj i somaticheskoj patologii. L., S. 18-22.
18. Ciring D.A. (2010) *Psihologija lichnostnoj bespomoshhnosti: issledovanie urovnej subyektности [Psychology of personal helplessness: research of levels of subjectivity]* Moscow: Izdat. centr «Akademija», 410 s.
19. Shhedrina A. G. (1989) *Ontogenez i teorija zdorov'ja: metodologicheskie aspekty [Ontogenesis and health theory: methodological aspects]* Novosibirsk, 135 s.
20. Jakovleva Ju.V. (2008) *Fenomen samostojatel'nosti (na materiale junosheskogo vozrasta) [Independence phenomenon (on a material of youthful age)]* Vestnik Kostrom. gos.

УДК 159.923

ВОПРОСЫ СОХРАНЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ В МЕДИЦИНЕ

Я. В. Агафонова

ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», Чебоксары, Россия (428000, Россия, Чебоксары, Московский проспект, 15).

Медицина – одна из самых динамично развивающихся областей науки. Увеличивающийся темп развития, техническая сложность современного медицинского оборудования, повышение требований к специалистам сферы здравоохранения, уровню предоставляемых медицинских услуг – только часть факторов воздействующих на психологическое состояние и физическое здоровье медицинского персонала. Говоря о приоритетных задачах в направлении работы с персоналом в медицине, одним из актуальных вопросов становится не только сохранение, но и развитие профессионального здоровья медицинских работников.

Проблема сохранения профессионального здоровья приобретает особую актуальность в отношении работников сферы здравоохранения. Врачи, средний и младший медицинский персонал в процессе выполнения профессиональной деятельности подвергаются воздействию факторов, опасных для здоровья и способных вызывать профессиональные заболевания. Эмоциональное напряжение, связанное с ответственностью за жизнь и здоровье пациентов, высокая интенсивность работы, перегрузки, психотравмирующие факторы оказывают как положительное, так и негативное влияние на личность медицинского работника, на лечебный процесс и на качество оказываемых медицинских услуг.

В последнее десятилетие возросло количество работ, посвященных изучению вопроса профессионального здоровья. Наибольший научный интерес исследователей привлекает изучение данной темы по двум направлениям: 1) проблема профессиональной заболеваемости и 2) проблема эмоционального выгорания медицинских работников. Вопрос же влияния психологических факторов на профессиональное здоровье медицинского персонала, его сохранение и укрепление остается малоизученным.

На вопрос определения понятия профессионального здоровья и выделению обеспечивающих его факторов наблюдается множество точек зрения. В отечественной психологии данное понятие рассматривается:

- надежность и работоспособность обеспечивается работой компенсаторных и защитных механизмов;
- определения уровня характеристик, отвечающих требованиям профессии и обеспечивающих ее эффективность;
- профилактика негативных явлений и необходимость обучения методам самоконтроля и самооценки.

Профессиональное здоровье, согласно определению, предложенному военным врачом, доктором медицинских наук А.В. Пономаренко в 1992, – это способность организма сохранять компенсаторные и защитные механизмы, обеспечивающие работоспособность во всех условиях профессиональной деятельности. Специалисты валеологи определяют профессиональное здоровье как нормативное гомеостатическое состояние психофизиологических и психосоциальных параметров и функций, свойств и качеств, позволяющих человеку эффективно решать задачи своей профессии. В направлении психология здоровья профессиональное здоровье определяется как

«интегральная характеристику функционального состояния организма человека по физическим и психическим показателям с целью оценки его способности к определенной профессиональной деятельности с заданными эффективностью и продолжительностью на протяжении заданного периода жизни, а также устойчивость к неблагоприятным факторам, сопровождающим эту деятельность». В качестве критерия профессионального здоровья Шостак В.И. рассматривает как максимально возможную эффективность деятельности специалиста, обусловленная функциональным состоянием его организма с учетом его физиологической стоимости (Шостак В.И., 2006).

Ведущим критерием, показателем профессионального здоровья, по мнению специалистов, может быть только профессиональная работоспособность (Никифоров Г.С., 2006). Из всех факторов, влияющих на работоспособность, выделяются следующие группы:

1. физическая работоспособность:
 - физическое развитие (масса, рост, объем грудной клетки, жизненная емкость легких);
 - физическая подготовленность;
 - показатели вегетативного обеспечения физической деятельности.
2. психический статус:
 - состояние психической активности;
 - внимание;
 - восприятие;
 - научение, обучаемость;
 - память;
 - мышление;
 - свойства личности (нервно-психическая неустойчивость, личностная и реактивная тревожность, конформность, способность к психологической защите оказывают существенное влияние на поведение человека и эффективность деятельности);
3. социальные и социально-психологические факторы:
 - равномерная нагрузка;
 - налаженные коммуникации;
 - профессионализм специалистов;
 - эффективное управление;
 - благоприятный психологический климат в коллективе;
 - сплоченность коллектива;
 - материальная и нематериальная мотивация.

Дружилов С.А рассматривает профессиональное здоровье как определенный уровень характеристик специалиста (включая социально-психологические характеристики его личности), отвечающий требованиям профессиональной деятельности и обеспечивающий ее высокую эффективность. Он приходит к выводам, что сохранение профессионального здоровья при одновременном обеспечении результативности труда связано с психологической профессиональной адаптацией человека. Индикаторами нарушения адаптации (признаками дезадаптации) является, с одной стороны, возникновение негативных психических состояний человека, с другой – снижение эффективности его деятельности. И, как показывают его исследования, эти два индикатора связаны между собой (Дружилов С.А., 2012).

Большинство подходов в вопросе определения профессионального здоровья сходятся в том, профессиональное здоровье неразрывно связано с результативностью специалиста. Из чего можно сделать вывод, что программа сохранения и укрепления профессионального здоровья должны включать в себя широкий спектр мероприятий

направленных на самые различные факторы влияющие на результативность и работоспособность специалиста.

По роду своей деятельности на профессиональное здоровье медицинского персонал действуют комплекс факторов физической, химической, биологической и психологической природы.

По результатам проведенного анализа данных официальной статистической отчетности, отражающих регистрацию случаев профессионального заболевания, приоритетным неблагоприятным фактором, оказывающим влияние на здоровье медицинского персонала, является биологический, действие которого в отличие от других, вносит ведущий вклад в формирование профессиональной заболеваемости медработников. (Натарова А.А., Попов В.И., Яцына И.В., 2015)

Исследование Косарева В.В. и Бабанова С.А. подтверждают высокий уровень профессиональных заболеваний медработников, которые определяются:

- неблагоприятными и вредными условиями труда, истощающими защитные силы организма;
- патологиями, вызываемые воздействием несколькими факторами;
- работой в условиях постоянного нервно-психологического напряжения, связанной с высокой ответственностью за здоровье и жизнь пациентов;
- нефизиологическими условиями труда – совместительство, ночная и сменная работа, медицинских работников;
- и другими факторами (Косарева В.В., Бабанова С.А., 2010).

По результатам нашего опроса, проведенного среди врачей и медицинских работников одной из крупных медицинских организаций Чувашии, 80 % опрошенных указали, что их работа связана с высоким психологическим стрессом и эмоциональным напряжением в работе.

Среди психологических факторов, более всего влияющих на ухудшение здоровья специалисты по психологии труда определяют:

1. трудность выполняемой деятельности, эмоциональное напряжение, чрезмерная перегрузка; (неполнота/дефицит информации, повышенные требования, скорость действий и т. д.);
2. дефицит времени, срочность в принятии ответственных решений;
3. нехватка знаний и умений;
4. высокая ответственность, страх совершить ошибку, последствиях ошибочных действий;
5. неожиданные раздражители, постоянное воздействие помех, систематическое отвлечение внимания;
6. взаимоотношения в коллективе.

В группу риска в первую очередь включаются специалисты, чья работа связана с высокой ответственностью за принимаемые решения и влиянием психотравмирующих факторов (сотрудники скорой медицинской помощи, хирурги, онкологи). Длительное влияние подобных стрессовых факторов могут повлечь за собой не только профессиональные деформации личности, но и в крайних случаях их проявления - профессиональные заболевания, вплоть до необходимости сменить род занятий или вовсе прекратить профессиональную деятельность. Профессиональный стресс, ведущий к психической дезадаптации индивида, с одной стороны тесно связан с состоянием его духовной сферы, с другой стороны, часто отражается на состоянии семейных отношений (Николаев Е.Л., 2005).

В ситуации, когда у сотрудника не хватает времени, работодатель должен сам управлять здоровьем своих работников. Помочь сотрудникам справиться с негативными психическими состояниями и организовать условия для качественного выполнения

стандартов работы и оказания медицинской помощи поможет работа с персоналом в направлении развития навыков и личных качеств, помогающих справляться со стрессом. Программа профилактики для медицинских работников должна сочетать в себе системность, комплексность и индивидуальность. Профилактические мероприятия должны быть направлены на все группы факторов влияющих на здоровье работников: физические, психологические, социальные. Так, например, к таким мерам отнести:

- мотивация к укреплению здоровья; обучение технике рекласации; спортивные программы; программы общего оздоровления; командные спортивные мероприятия;
- обучение персонала знаниям и навыкам, необходимым для эффективной работы; индивидуальное психологическое консультирование сотрудников; программы управления стрессами (предусматривающие проведение индивидуального консультирования и групповых занятий);
- социальная поддержка; создание благоприятного организационного климата; четкое определение должностных обязанностей работников; устранение причин, ведущих к перегруженности и незагруженности работой, оптимальная организация режимов труда и отдыха; выявление и устранение неблагоприятных условий труда, разработка программ материального и нематериального мотивирования.

Профилактические мероприятия, направленные на сохранение профессионального здоровья, и программы направленные на его укрепление следует относить к важным приоритетам социальной политики. В настоящее время сохранение и развитие профессионального здоровья медицинского персонала возможно через внедрение комплексных, системных программ, учитывающие особенности каждой должности и индивидуальные особенности каждого специалиста. Постоянное обновление работающих программа направленных на сохранение здоровья с учетом меняющихся факторов, которые действуют на профессиональное здоровье специалиста, будет способствовать развитию профессионального здоровья и повышению его работоспособности.

Немалое значение имеет грамотное обращение к образовательному подходу в развитии профессионального здоровья. Перспективы профессионального здоровья существенно возрастают, когда в системе дополнительного образования медицинские специалисты повышают свою компетентность не только в сфере профессиональных знаний, но и в области психологии (Николаев Е.Л. с соавт., 2010), что помогает им как лучше понимать личность пациента и специфику межличностной коммуникации, так и более грамотно относиться к собственным психологическим проблемам, своевременно уделяя внимание их эффективному разрешению.

Список литературы

1. Дружилов С.А. Экология человека и профессиональное здоровье трудящихся: психологический подход // Международный журнал Экспериментального образования. 2012. №12. С. 15-18.
2. Косарев В.В., Бабанов С.А. Профессиональная заболеваемость медицинских работников // Медицинский альманах. 2010. №3. С. 18-21.
3. Натарова А.А. Попов В.И. Яцына И.В. Оценка профессиональной заболеваемости медицинских работников // Международный научный журнал «Инновационная наука». 2015. №7. С. 144-147.
4. Никифоров Г.С. Проблема профессионального обслуживания // Психология профессионального здоровья. Учебное пособие. СПб.: Речь, 2006. С. 9-39.
5. Николаев Е.Л. Система семейных и духовных ценностей при психической дезадаптации // Вестник Чувашского университета. 2005. № 2. С. 90-99.

6. Николаев Е.Л., Орлов Ф.В., Трясугина М.А., Голенков А.В. Медицинская психология в системе вузовской подготовки менеджеров здравоохранения // Медицинская сестра. 2010. № 7. С. 44-47.

7. Шостак В.И. Профессиональное здоровье // Психология профессионального здоровья: учеб. пособие; под ред. Г.С. Никифорова. СПб.: Речь, 2006. С. 71.

УДК 159.923

РАЗВИТИЕ КОМПОНЕТОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ДЕВУШЕК И ЮНОШЕЙ СРЕДСТВАМИ АРТТЕРАПИИ

Н.В. Басалаева, А.С. Малютина

Лесосибирский педагогический институт - филиал ФГАОУ ВПО "Сибирский федеральный университет" МБОУ «СОШ №1 города Лесосибирска», Россия

Длительное время проблема здоровья не являлась приоритетом психологической науки. Психология 20 столетия по большей части была сосредоточена на аномалиях человеческой природы, в то время как здоровье личности реже становилось предметом основательного изучения. Если обратиться к истории ее становления, то можно обнаружить, что психика и личность как автономные, целостные системы стали предметом научного исследования, преимущественно из-за своих аномальных проявлений. Именно врачи психотерапевты (Адлер А., Юнг К.Г. и др.), которые стремились раскрыть причины психических нарушений, выдвинули первые теории, призванные научно истолковать разнообразие психических явлений. Неудивительно поэтому, что понятие «психическое здоровье» и его норма имеют выраженный медицинский контекст. Только во второй половине прошлого века, когда в сферу научного интереса был включен здоровый человек, стало ясно, что применять к личности только медицинские критерии психического здоровья недостаточно. Переосмысление проблем здоровья и патологии обозначилось в переходе от свойственной психиатрии и психопатологии жесткого фиксирования нормальных и болезненных состояний к исследованию процесса становления личности, ее свободного самораскрытия. Главным образом в рамках гуманистической и трансперсональной психологии (Гроф С., Маслоу А., Олпорт Г., и др.) началась систематизированная разработка психологических концепций здоровья.

Психологическое здоровье — одна из важнейших характеристик личности человека. Оно отражает особенности генезиса психического развития. Основой психологического здоровья является полноценное психическое развитие на всех этапах онтогенеза. В определение этого понятия заложена возможность развития человека на всем протяжении его жизненного пути. Кроме того, необходимо существование гармонии не только между человеком и средой, но и между различными составляющими его личности — рациональным и эмоциональным, психическим и телесным, разумом и интуицией и т. п. Психологическое здоровье - динамическая совокупность психических свойств, обеспечивающих: а) гармонию между различными сторонами личности человека, а также между человеком и обществом; б) возможность полноценного функционирования человека в процессе жизнедеятельности (Дубровина, 1998).

О.С. Васильева и Ф.Р. Филатов подчеркивают, что «здоровье – это интегративная характеристика личности, охватывающая самые различные уровни и измерения индивидуального бытия» (Васильева, 2011).

С точки зрения О.В. Хухлаевой, «обобщенная модель психологического здоровья включает в себя аксиологический, инструментально-технологический, потребностно-мотивационный, развивающий и социально-культурный компоненты» (Хухлаева, 2001).

Аксиологический компонент содержательно представлен ценностями «Я» самого человека и «Я» других людей. Он предполагает осознание человеком ценности, уникальности себя, окружающих, идентификацию как с живыми, так и с неживыми объектами, единство со всей полнотой мира. Из этого вытекает наличие позитивного образа «Я», абсолютное принятие человеком самого себя при достаточно полном знании себя, а также и принятие других людей вне зависимости от пола, возраста, культурных особенностей. Безусловной предпосылкой этого является личностная целостность, а также умение принять свое «темное начало» и вступить с ним в диалог.

Ценности в значительной мере определяют как структуру, так и направленность личности. Ценностные ориентиры органично «встроены», включены в личностную структуру и обеспечивают соответствие между индивидуальным опытом и универсалиями общечеловеческого культурного опыта. В то же время важно учитывать, что в рамках индивидуально-личностного бытия ценности выступают не только как общечеловеческие универсалии, пребывающие в неизменном символическом пространстве, но и как динамические факторы или детерминанты личностного становления (Васильева, 2001).

Инструментальный компонент предполагает владение рефлексией как средством самопознания, способностью концентрировать сознание на самом себе, внутреннем мире и своем месте во взаимоотношениях с другими. Этому соответствует умение человека понимать и описывать свои эмоциональные состояния и состояния других людей, возможность свободного и открытого проявления чувств без причинения вреда другим, осознание причин и последствий как своего поведения, так и поведения окружающих, умение найти ресурсы для действия в трудных ситуациях, решения проблем, умение видеть их обучающие воздействие.

Потребностно-мотивационный компонент определяет наличие у человека потребности в саморазвитии, то есть в самоизменении и личностном росте. Это означает, что человек становится субъектом своей жизнедеятельности, имеет внутренний источник активности, выступающий двигателем его развития. Он полностью принимает ответственность за свою жизнь и становится «автором собственной биографии». Ценности непосредственно детерминируют мотивационную сферу личности; потребности можно определить как динамические (процессуальные) корреляты ценностей, выступающие в качестве движущих сил поведения и развития. Те потребности, которые соотносятся с доминирующими ценностями, могут быть названы приоритетными, поскольку они будут удовлетворяться в первую очередь. Когда доминирующим ценностям соответствуют аналогичные удовлетворенные потребности, личность достигает согласованности и относительного здоровья. Комбинация преобладающих ценностей и соответствующих им фрустрированных потребностей порождает рассогласование и внутриличностный конфликт, ведущий к различным расстройствам (Васильева, 2001).

Развивающий компонент предполагает наличие такой динамики в умственном, личностном, социальном и физическом развитии, которая вписывается в границы нормы, присущей данным историческим и культурным условиям, и не создает предпосылок для возникновения психосоматических заболеваний.

Социально-культурный компонент определяет возможность человека успешно функционировать в окружающих его социально-культурных условиях, приобщение человека к национальным духовным ценностям, которые, в свою очередь, являются частью общечеловеческих знаний. Это означает, что у человека присутствует умение понимать людей различных культур и взаимодействовать с ними (Хухлаева, 2001).

Экспериментальное исследование компонентов психологического здоровья проводилось в 2014 – 2015 гг., выборка представлена юношами и девушками (студентами педагогического колледжа) в возрасте 17-19 лет в количестве 52 человек.

Проанализировав теоретические источники, мы вслед за О.В. Хухлаевой

обращаемся к обобщенной модели психологического здоровья, которая включает в себя аксиологический, инструментальный, потребностно-мотивационный компоненты. Также как отдельный компонент выделяется отношение к здоровью. В связи с этим нами был выбран определенный диагностический инструментарий.

Для изучения потребностно-мотивационного компонента психологического здоровья мы использовали методику «Диагностика самоактуализации личности» А.В. Лазукина в адаптации Н.Ф. Калина; для диагностики аксиологического компонента психологического здоровья - «Методику исследования самоотношения» С.Р. Пантелеева. «Методика определения уровня рефлексивности» А.В. Карпова, В.В. Пономаревой позволила нам исследовать инструментальный компонент психологического здоровья, а методика «Индекс отношения к здоровью» С.Д. Дерябо, В.А. Ясвиной была использована для диагностики компонента «Отношение к здоровью».

Первичная диагностика компонентов психологического здоровья позволила нам сделать вывод о существовании проблемных моментов в состоянии компонентов психологического здоровья юношей и девушек, принявших участие в исследовании, в частности: в плане низкого уровня развития рефлексии у 54% респондентов – инструментальный компонент; невыраженность эмоционального отношения к здоровью у 68% студентов, у 38% респондентов - низкий показатель общего отношения (компонент отношения к здоровью); низкий уровень показателей шкал-категорий «Взгляд на природу человека» - у 33% испытуемых, «Спонтанность» - у 33%, «Гибкость в общении» - у 31% респондентов – потребностно-мотивационный компонент; низкие значения шкалы «Самообвинение» у 20% - обвинение других, «Самоуверенность» - у 8% – аксиологический компонент.

Количество респондентов с недостаточной развитостью компонентов психологического здоровья распределилось следующим образом: у 28 человек – инструментальный компонент, у 14 человек – компонент «Отношение к здоровью», у 6 человек – мотивационно-потребностный компонент, у 9 - человек – аксиологический компонент.

Таким образом, у троих респондентов слабо развиты три компонента из четырех: мотивационно-потребностный, аксиологический, рефлексивный – у одного студента и мотивационно-потребностный, рефлексивный и компонент отношения к здоровью – у двух. У восьми респондентов слабо развиты два компонента из четырех: мотивационно-потребностный и рефлексивный – у двоих студентов и рефлексивный и компонент отношения к здоровью – у шестерых. У 26 респондентов слабо развит один из компонентов психологического здоровья: мотивационно-потребностный – у троих, компонент отношения к здоровью – у четверых и рефлексивный компонент – у 19 студентов.

На основании первичной диагностики юноши и девушки, принявшие участие в исследовании, были разделены на контрольную и экспериментальную группы. В экспериментальную группу были включены студенты со слабым развитием одного или нескольких компонентов психологического здоровья, всего – 19 человек. В контрольную группу вошли остальные студенты (33 человека).

С целью развития компонентов психологического здоровья нами была разработана система занятий с применением методов арт-терапии, включающая 25 занятий. Занятия направлены на развитие таких компонентов психологического здоровья юношей, как: мотивационно-потребностный, аксиологический, рефлексивный и компонент «отношение к здоровью».

Методы арт-терапии, используемые в системе занятий: изотерапия, музыкотерапия, имаготерапия, сказкотерапия, куклотерапия.

Сопоставительный анализ первичной и повторной диагностики позволяет нам

судить об эффективности реализованной системы занятий. Рассмотрим его более подробно.

Обратимся к результатам исследования по методике «Диагностика самоактуализации личности» А.В. Лазукина в адаптации Н.Ф. Калинина, которая позволила нам изучить мотивационно-потребностный компонент.

В сравнении с результатами первичной диагностики мы видим, что уменьшилось количество респондентов с низкими результатами – с 25% до 17%. Кроме того, увеличилось число испытуемых со средними баллами на 3% и с высокими – на 6%. Этот факт свидетельствует о возрастании стремления к самоактуализации у респондентов.

Мы можем отметить возрастание стремления испытуемых к самоактуализации и, соответственно, можем говорить о положительных изменениях мотивационно-потребностного компонента юношей и девушек.

Значимость различий между показателями первичной и повторной диагностики в экспериментальной группе проверена с помощью непараметрического критерия (Вилкоксона). Анализ результатов выявил статистически значимые связи по общему показателю мотивационно-потребностного компонента психологического здоровья при $p \leq 0,01$.

Рассмотрим результаты диагностики юношей и девушек по «Методике исследования самоотношения» С.Р. Пантелеева.

Сравнивая результаты первичной и повторной диагностики самоотношения юношей и девушек, мы можем отметить уменьшение количества респондентов с низкими результатами – с 16% до 12%. Напротив, увеличилось число испытуемых с высокими баллами – на 4%. Количество респондентов со средними баллами осталось без изменений.

Таким образом, мы можем отметить положительные изменения в развитии аксиологического компонента психологического здоровья юношей и девушек.

Значимость различий между показателями первичной и повторной диагностики аксиологического компонента психологического здоровья в экспериментальной группе проверена с помощью непараметрического критерия (Вилкоксона). Анализ результатов не выявил статистически значимые связи.

Обратимся к результатам исследования с помощью «Методики определения уровня рефлексивности» А.В. Карпова, В.В. Пономаревой.

По результатам первичной диагностики видим преобладание у респондентов низкого уровня развития рефлексии (68%). Количество студентов со средним уровнем рефлексии составило 37%.

По результатам повторной диагностики мы можем заметить положительную динамику: количество респондентов с низким уровнем развития рефлексии составило 52%, со средним – 48%, что указывает на развитие инструментального компонента психологического здоровья юношей и девушек.

Значимость различий между показателями первичной и повторной диагностики в экспериментальной группе проверена с помощью непараметрического критерия (Вилкоксона). Анализ результатов выявил статистически значимые связи по инструментальному компоненту психологического здоровья юношей при $p \leq 0,01$.

Обратимся к результатам исследования с помощью методики «Индекс отношения к здоровью» С.Д. Дерябо, В.А. Явиной.

Общий показатель отношения к психологическому здоровью изменился следующим образом: возросло количество респондентов, набравших средний балл по данной шкале – с 23% до 32% и балл ниже среднего – с 17% до 63%.

Количество респондентов с низкими показателями по данной шкале сократилось с 60% до 5%. Высоких показателей по данной шкале не наблюдается, как и в первичной диагностике до этого.

Сравним результаты первичной и повторной диагностики по шкалам. По эмоциональной шкале видим увеличение числа испытуемых со средними показателями с 10 до 51% и уменьшение количества испытуемых с низкими баллами (с 44% до 15%) и с баллами ниже среднего (с 36% до 21%). Количество испытуемых с высокими показателями осталось без изменений.

По когнитивной шкале также отмечается возрастание количества испытуемых со средними баллами (с 31% до 47%) и баллами ниже среднего (с 31% до 36%), а также – с высокими баллами (с 0 до 5%). Процентное соотношение респондентов с низкими показателями уменьшилось с 38% до 12%.

Близкую картину видим по практической шкале: возросло количество испытуемых с показателями ниже среднего (с 17% до 37%) и средними (с 25% до 37%), с высокими – осталось на прежнем уровне, с низкими – уменьшилось с 51% до 21%.

Процентное соотношение показателей поступочной шкалы распределилось следующим образом: возросло количество испытуемых, набравших количество баллов ниже среднего – с 48% до 52%, высоких баллов – с 10 до 15%. Количество респондентов с низкими показателями по данной шкале уменьшилось с 21% до 12%, а со средними показателями осталось на прежнем уровне - 21%.

Значимость различий между показателями первичной и повторной диагностики в экспериментальной группе проверена с помощью непараметрического критерия (Вилкоксона). Анализ результатов выявил статистически значимые связи по общему показателю компонента психологического здоровья юношей «Отношение к здоровью» при $p \leq 0,01$.

Таким образом, мы можем отметить позитивные изменения в развитии у юношей и девушек компонента «Отношение к здоровью».

Таким образом, сопоставительный анализ первичной и повторной диагностики позволяет нам сделать вывод о положительных изменениях в состоянии психологического здоровья юношей. Так, обращаясь к результатам повторной диагностики по методике, направленной на изучение мотивационно-потребностного компонента, видим следующие изменения: количество респондентов с высокими показателями увеличилось на 6%, со средними – на 2% и с низкими – уменьшилось на 8% соответственно. Рассматривая изменения в аксиологическом компоненте психологического здоровья юношей, видим увеличение числа респондентов со средним уровнем на 4% (и уменьшение числа студентов с низким уровнем – на 4%). Обращаясь к результатам изучения инструментального компонента, можем отметить увеличение числа юношей со средним уровнем на 11% и, соответственно, уменьшение количества юношей - с низким уровнем. Анализируя данные, полученные при изучении компонента «Отношение к здоровью», отметим, что это компонент, значительное развитие которого было отмечено у большого количества юношей: число студентов с низким уровнем уменьшилось на 55%. При этом количество юношей с уровнем ниже среднего увеличилось на 46%, со средним – увеличилось на 9%.

Значимость различий между показателями первичной и повторной диагностики в экспериментальной группе проверена с помощью непараметрического критерия (Т-критерия Вилкоксона). Анализ результатов диагностики мотивационно-потребностного, инструментального компонента и компонента «Отношение к здоровью» выявил статистически значимые различия при $p \leq 0,01$.

Таким образом, сопоставив результаты первичной и повторной диагностики, мы можем сделать вывод об эффективности разработанной системы занятий по арт-терапии.

Список литературы

1. Басалаева Н.В., Захарова Т.В., Казакова Т.В. Развитие компонентов психологического

- здоровья у юношей и девушек //Современные проблемы науки и образования. - 2014. - №5.
2. Васильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека. – М.: Академия, 2001. – 352 с.
 3. Практическая психология образования / под ред. И.В. Дубровиной. - М.: Когито-центр, 1998. – 376 с.
 4. Хухлаева О.В. Основы психологического консультирования и психологической коррекции. – М.: Академия, 2001. – 208 с.

УДК 159.923

ПРЕОДОЛЕНИЕ СТРАХА ПОЗНАНИЯ СЕБЯ КАК НЕОБХОДИМОЕ УСЛОВИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Л.И. Козловская

Северо-Западный Государственный Медицинский Университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Трудно найти человека, который хотя бы раз в жизни не задумывался о создании семьи. Любить и быть любимым едва ли не самое сокровенное желание каждого здравомыслящего человека. Не оттого ли столь многочисленны попытки людей понять суть отношений мужчины и женщины.

Начнем изучение проблемы с попытки понять причины дисгармонии супружеских отношений, которые чрезвычайно характерны для людей с низким уровнем самоактуализации (личностной зрелости). Это семьи больных неврозом.

Проведенное нами исследование 75 супружеских пар, в которых один из партнеров страдал невротическим расстройством, выявило чрезвычайно высокий уровень распространенности среди них дисгармонии семейно-брачных и сексуальных отношений. Так, 48 % пар, по оценкам обоих супругов, имели дисгармоничные семейно-брачные отношения и 41 % - дисгармоничные сексуальные отношения. Данные результаты не только позволяют утверждать, что качество брака тесно взаимосвязано с качеством сексуальных отношений, но и признать силу влияния невротического состояния одного из супругов на качество жизни пары в целом.

Исследование показало, что низкие уровни креативности и способности спонтанно выражать свои чувства, характерны для супружеских пар с дисгармонией семейно-брачных и сексуальных отношений. Оба признака характеризуют уровень самоактуализации индивида, что позволяет говорить о низком уровне самоактуализации человека как причине дисгармонии супружеских отношений.

Именно низкий уровень самоактуализации является типичной характеристикой больных неврозом. Стоит ли удивляться, что дисгармония супружеских отношений столь часто встречается именно в их семьях.

Мы считаем, что гармоничные семейно-брачные отношения вообще невозможны в парах, в которых один из партнеров страдает невротическим расстройством. Согласно нашим данным, «гармоничным» больные неврозом считают брак, в котором супруг пациента склонен к подчинению и соглашательству. Но является ли такой брак истинно гармоничным?

В. Даль (1880-1882) определяет понятие гармонии как соответствие, созвучие, соразмерность, равновесие, взаимность, согласие, соразмерное отношение частей целого. Гармонизировать - это соответствовать, согласоваться, быть под одно, под стать. Из данного определения следует, что гармония является результатом равного взаимодействия частей, образующих целое, а не подавление, в данном случае, одного человека другим.

Проведенное исследование позволяет считать больных неврозом основным источником конфликтов в их семьях, ибо для них характерен недоверчиво-скептический стиль межличностных отношений, характеризующийся опережающей враждебностью в высказываниях и поведении. То есть враждебность к окружающим первична, а поводов для ее проявления, как известно, супружеская жизнь предоставляет достаточно.

В семейной жизни супруг больного неврозом часто вынужден нести на себе ответственность за все семейные неудачи и проблемы. Больной неврозом не только себя подчинил неким стереотипам и ограничениям, но пытается сделать то же самое со всеми, кто находится рядом. Он использует своего супруга для собственной адаптации в социуме. Т.е он не только сам не желает развивать свои потенциальные способности, но использует потенциал другого в собственных интересах. Подобную адаптацию мы считаем нездоровой.

Попытки же супруга возмутиться вызывают у больного неврозом шквал обвинений в его адрес, сопровождающихся открытой враждебностью. Но как только супруг осмеливается выразить свое желание расторгнуть брак, больной неврозом начинает, откровенно угрожая, шантажировать его либо в мгновение ока преобразуется, становясь мягким и нежным, уверяя супруга в своей любви и неспособности без него жить. Супруг действительно жизненно необходим больному неврозом, но это не имеет ни малейшего отношения к любви.

Понятно, что в такой ситуации не у каждого человека хватит силы духа, чтобы противостоять подобным манипуляциям. Для этого нужно быть достаточно зрелым человеком, что нечасто встречается в данных семьях.

Таковы в общих чертах процессы, происходящие в дисгармоничных парах.

По сути, пара по отношению к индивиду является неким новым, более высоким уровнем интеграции, на котором человек чувствует себя более уверенно, чем в одиночестве; переживает большую полноту жизни, т.к. получает возможность более полной актуализации своего потенциала.

Но, в отличие от людей, опирающихся в жизни на самих себя, больные неврозом не только не желают актуализировать свои способности, но используют других людей в собственных интересах. По сути, невроз является способом адаптации в социуме за счет лиц из ближайшего окружения. На каком-то этапе жизни этими людьми становятся супруги. Как опухоль пожирает близлежащие ткани, так невротик живет, подчиняя себе всех, кому не посчастливилось оказаться рядом с ним.

Усложнением системы в науке объясняется уменьшение ее стабильности. Если рассмотреть супружескую пару с точки зрения данного закона, то можно говорить о том, что повышение стабильности пары как более сложной системы по отношению к индивиду создает условия для ее распада на подсистемы (индивидов).

Сохранение дисгармоничной пары как единого целого сопряжено с определенными усилиями. Их устранение тотчас ведет к ее распаду. Наше исследование показало, что усиление поведенческих паттернов как способ разрешения конфликтов в данных семьях и являются теми искусственными ограничениями, которые ведут к повышению стабильности в супружеской паре как системе, и провоцируются они больными неврозами.

Повышение динамичности в отношениях между людьми проявляется как спонтанность (речь не идет об импульсивности). В данном случае речь идет об аутентичном, подлинном проявлении себя, то есть умения быть самим собой. Проявлять же себя аутентично без осознания невозможно, то есть условием подлинного спонтанного проявления себя является высокий уровень осознанности человека. Для осознания себя необходимо оставаться в реальности, что для больных неврозом не характерно. Они склонны жить воспоминаниями о прошлом либо мечтами о будущем.

Спонтанность проявляется как некое целостное выражение себя. Таким образом, только интегрированный человек способен быть спонтанным, то есть естественным, подлинным. Аутентичные люди характеризуются честностью в любых отношениях. Они живут настоящим, осознают происходящее с ними, уважают себя, открыто и свободно выражают себя. Их характеризует доверие к себе и другим и отношения «Я – Ты».

Такие люди опираются в жизни на себя, а не на свое окружение, ибо понимание самого себя не только дает ориентацию в окружающей среде, но и силы для удовлетворения своих потребностей.

Невротик же в своих потребностях ориентирован на ближайшее окружение.

Если проанализировать особенности больных невротическими расстройствами, то можно говорить о том, что низкие уровни самопринятия и самоуважения, которые характерны для них, приводят к фальши, проявляющейся в разыгрывании различных ролей, стремлении произвести впечатление, избирательном восприятии действительности, стремлении контролировать ситуацию, отсутствию доверия к людям. Этот тип людей живет в мире собственных фантазий и ориентирован на прошлое или будущее.

Нами выявлено, что для лиц с невротическими расстройствами характерно усиление не только собственных поведенческих паттернов, но и провоцирование определенных стилей поведения их супругов, что можно рассматривать как снижение динамичности в супружеской паре, что, согласно системному подходу неминуемо должно привести к ухудшению супружеских отношений.

Любые искусственные ограничения, будь то характер, сформировавшийся под воздействием социума, или собственные правила супругов, регулирующие их поведение в паре, приводят к ограничению спонтанности в поведении, то есть к снижению динамичности системы.

Равновесие любой системы может поддерживаться за счет существования патологических элементов, устранение которых может привести к распаду всей системы.

Привычка однотипного реагирования лишает индивида свободы выбора, способствуя, таким образом, повышению предсказуемости (стабильности) в отношениях. Таким образом, если рассматривать пару по отношению к индивиду как систему более высокого порядка, нуждающуюся для своего гармоничного функционирования в меньшей стабильности, то повышение последней приведет к распаду пары на ее составляющие, что в супружестве означает развод.

Поддержание функционирования супружеской пары как целого любой ценой представляется нам нецелесообразным. Патологическое равновесие при супружеской дисгармонии шатко и вероятность распада такой системы в процессе психотерапии велика, особенно если второй супруг не готов к психотерапии.

В нашей практике имели место случаи ухода из семьи супруга, прошедшего краткосрочную (пять психотерапевтических сессий) психотерапию. Такой результат представляется позитивным с точки зрения здорового эгоизма индивида, ибо на смену патологическому равновесию одного из супругов, который, жертвуя собой, удерживал брак от распада, приходит здоровое равновесие – гомеостаз индивида как подсистемы восстанавливается. Критерием значимости такого шага для человека может служить его собственная оценка: «Я счастлив!». При этом брак, как система, функционировавшая по патологическим механизмам и вызвавшая нарушение гомеостаза одного из супругов, распадается.

Подобные случаи являются демонстрацией невротизирующего влияния, которое оказывают больные неврозом на своих супругов.

Представляется, что психотерапевт не должен ставить перед собой цель, к которой необходимо прийти в результате психотерапии (например, сохранение супружеской пары).

Он не знает, что для его клиента является более целесообразным: сохранение целостности брака или собственной целостности.

По сути, пытаясь любым способом сохранить брак, мы встаем на охрану ценностей социума, забывая при этом о человеке. При этом необходимо отдавать себе отчет в том, что супружеская пара, функционирующая патологически, т.е. дисгармонично, и для социума является малоценной, ибо индивиды, ее составляющие, вступая в контакт с окружающей средой, в том числе с детьми, несут в мир не любовь, а собственные страдания.

В свою очередь общество, состоящее из патологических элементов, вряд ли может считаться здоровым.

Поддержание гомеостаза на социальном уровне должно предполагать устранение патологических отклонений, что и является задачей психотерапевта.

Если патологические отклонения поддаются коррекции, то пара, преодолев очередной кризис, становится более устойчивой и отношения между супругами развиваются.

Если же патологическое равновесие, сохраняющее пару, зашло слишком глубоко, то результатом его устранения может явиться распад пары как целого, что прекращает страдания обоих супругов и дает им шанс стать более зрелыми людьми и построить новые отношения.

Больному неврозом необходима поддержка супруга для ослабления постоянно возникающих напряжения и тревоги. Однако, готовность супруга выполнять подобную роль уменьшается с увеличением уровня его самоактуализации (личностной зрелости).

Под самоактуализацией мы понимаем овладение индивидом собственными возможностями и способностями, как инструментом познания мира, следствием чего является его адаптация в социуме благодаря опоре на самого себя.

Известно, что, являясь, как и страх, настораживающим сигналом, тревога, в отличие от страха, представляет собой реакцию на опасность неизвестную, внутреннюю, смутную или противоречивую по своей природе. Мы разделяем взгляд гуманистических психологов на тревогу как на функцию, способствующую адаптации человека к окружающей среде. Фактически, страх и тревогу можно рассматривать как два полюса одного и того же состояния, мобилизующего человека на изменение поведения, то есть адекватный ситуации ответ.

94,2 % из обследованных пациентов осознавали свою тревогу, 88,4 % - осознавали свой страх, проецировавшийся на различные объекты окружающей среды. Практическое совпадение наличия страха и тревоги, позволяет предполагать, что поиск устрашающего объекта вовне, приводящий к переживанию страха, ослабляет пугающую неопределенность состояния тревоги.

Практика показывает, что истинно пугающим объектом для больного неврозом является он сам. Низкий уровень осознанности, характерный для больных неврозом, свидетельствует о непонимании происходящих с ним процессов. Все же непонятное и неизвестное пугает, провоцируя развитие тревожного состояния. Одним из немногих способов ослабить возрастающее напряжение для больного неврозом является проецирование тревоги на любой реальный объект или ситуацию.

Как правило, страх вызывает объект, который в силу его личностных характеристик является неуправляемым. Опыт показывает, что для больного неврозом неуправляемым является любой личностно зрелый человек, который в отличие от него ведет себя спонтанно в зависимости от складывающейся ситуации, то есть тот человек, действия которого непредсказуемы, а значит и опасны.

Таким образом, в отличие от зрелого человека, для которого опасным является объективно неуправляемая ситуация, для больного неврозом опасна любая зрелая личность, любая непредсказуемая ситуация. Именно поэтому у больных неврозом столь

выражено стремление все регламентировать и контролировать. Таким поведением они стремятся хоть как-то снизить степень непредсказуемости жизни.

Можно сказать, что они боятся жизни, и поэтому большую часть ее пребывают в виртуальном мире, который сами себе придумали. Это важно понимать, ибо больные неврозом стремятся вовлечь в этот виртуальный мир всех окружающих, каждому из которых в нем предначертана определенная роль. Но горе вам, если вы не желаете играть по сценарию, написанному для вас «невротиком».

Чаще всего в этой ситуации оказываются достаточно зрелые люди, имеющие высокий уровень самоактуализации. Они не соглашаются на уготованную им роль статистов, ибо большую часть своей жизни пребывают в реальности, где они сами принимают решения, что никак не согласуется с желанием невротика управлять всем вокруг.

Зрелый человек, не желающий подыгрывать невротике, неминуемо столкнется с неприязнью и гневом в свой адрес.

Опыт показывает, что попытка подавить угрожающий объект силой является, признаком более выраженной невротичности, чем готовность смириться, подчинившись угрожающему объекту, кем является для невротика зрелый человек. По сути, готовность подчиниться более зрелому человеку находится ближе к признанию невротиком реальной ситуации, ибо лишь признание собственной незрелости дает надежду на возникновение желания развиваться. В этом смысле согласие с более зрелым человеком является для больного неврозом опытом адекватного ситуации поведения.

Причиной неспособности больных неврозом преодолеть страх самопознания, который вследствие вытеснения приводит к хронической тревожности и проецированию своих страхов на внешние объекты, мы считаем низкий уровень самоактуализации.

Выйти из замкнутого круга без преодоления страха познания себя невозможно. И помочь в этом может не медикаментозная терапия, лишь устраняющая сигналы организма о помощи, но общение со зрелым человеком, каким и должен быть психотерапевт, чтобы помочь пациенту соприкоснуться с реальностью.

УДК 159.923

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ КАЧЕСТВ ЛИЧНОСТИ И РАБОЧЕЙ МОТИВАЦИИ РУКОВОДИТЕЛЯ С ЕГО ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ ЗДОРОВЬЕМ

Н.В. Лукьянченко

Сибирский государственный технологический университет (СибГТУ), Красноярск, Россия

Важнейшие вопросы, на решение которых направлены усилия психологов, локализуется в проблемном поле взаимодействия «Человек и его работа». При этом надежды на продуктивные находки связываются с холическим подходом, где человек рассматривается в его целостности, динамику которой определяет стремление к самореализации. Так, в вопросах психологического обеспечения эффективного управления акцент делается на необходимость «гуманистического менеджмента», создающего условия для самореализации работника, поддержки и развития его психологического здоровья. Психологическое здоровье рассматривается при этом как целевое и самодостаточное качество жизнедеятельности личности. Возможности холического подхода в повышении эффективности взаимодействия человека и работы задействуются при этом, на наш взгляд, несколько односторонне: в ракурсе «Работа для человека», в то время как в аспекте «Человек для работы» в большей мере применяется функциональный анализ. Какова роль психологического здоровья работников в их

реальном повседневном труде в не идеальных и не лабораторных условиях конкретных организаций – вопрос, который требует, по нашему мнению, специального рассмотрения. В соответствии с этим было проведено исследование на базе предприятия нефтегазовой промышленности. Немаловажно, что это исследование было заказано руководством самого предприятия, что свидетельствует о его актуальности и осознании значимости проблемы практиками управления.

В качестве респондентов в исследовании приняли участие 32 руководителя среднего звена.

Методическое обеспечения исследования составили:

1) Методика исследования психологического благополучия личности (Шевеленкова Т.Д. Фесенко П.П.);

2) Методика "Диагностика рабочей мотивации" (Job Diagnostic Survey);

3) Методика ОРQ (профессионально значимые качества личности руководителя).

Методика исследования психологического благополучия личности включает следующие шкалы: 1) «Позитивные отношения с другими» (наличие близких, приятных, доверительных, отношений с окружающими; желание проявлять заботу о других людях; способность к эмпатии, любви и близости; умение находить компромиссы во взаимоотношениях;

2) «Автономия 1» (независимость; способность противостоять социальному давлению в своих мыслях и поступках; возможность регулировать собственное поведение и оценивать себя исходя из собственных стандартов); 3) «Управление окружающей средой» (чувство уверенности и компетентности в управлении в повседневными делами; способность эффективно использовать различные жизненные обстоятельства; умение самому выбирать и создавать условия, удовлетворяющие личностным потребностям и ценностям); 4) «Личностный рост» (чувство непрерывного саморазвития; отслеживание собственного личностного роста и ощущение самосовершенствования с течением времени; реализация своего потенциала); 5) «Цель в жизни» (наличие целей в жизни и чувства осмысленности жизни; ощущение, что настоящее и прошлое осмысленно; присутствие убеждений придающих жизни цели); 6) «Самопринятие» (поддержание позитивного отношения к себе; признание и принятие всего собственного личностного многообразия, включающего свои как хорошие, так и плохие качества; позитивная оценка своего прошлого); 7) «Баланс аффекта» (Описывает общую эмоциональную оценку себя и собственной жизни, причём низкие и нормативные баллы свидетельствуют о преобладании позитивной самооценки, принятии себя со всеми своими достоинствами и недостатками; уверенность в себе и собственных силах; высокое мнение о собственных возможностях, чувство компетентности в управлении повседневными делами; общая удовлетворённость собственной жизнью); 8) «Осмысленность жизни» (наличие жизненных целей, присутствие чувства осмысленности жизни; восприятие своего настоящего, прошлого как имеющего смысл; наличие убеждений, придающих жизни смысл; уверенность в том, что будущее имеет перспективы; оценка себя как человека целеустремлённого); 9) «Человек как открытая система» (способность воспринимать и интегрировать новый опыт; реалистичное восприятие всех аспектов позитивных так и негативных аспектов человеческого бытия; непосредственность и естественность переживаний); 10) «Баланс автономии-зависимости» (способность соблюдать гармоничный баланс, между собственными и общественными интересами, причём низким значениям соответствует способность противостоять социальному давлению; умение отстаивать собственное мнение и самостоятельно принимать решения в личностно значимых ситуациях; чувство ответственности за собственную жизнь; предпочтение собственных внутренних стандартов).

Опросник «Диагностика рабочей мотивации» (*Job Diagnostic Survey*) отражает то, как сотрудник воспринимает ядерные характеристики своей работы с мотивационной точки зрения, какую даёт когнитивную и эмоциональную оценку результатов работы; оценивается также уровень интринсивной (внутренней) мотивации и субъективно желаемые уровни удовлетворённости.

Опросник *OPQ* включает шкалы, отражающие различные особенности отношения к людям, стиля мышления и эмоционального реагирования сотрудника.

Для обработки полученных в исследовании данных использовался корреляционный анализ с использованием коэффициента Спирмена. Его результаты отражены в табл. 1. В столбцах таблицы с наименованием «Отрицательные связи» и «Положительные связи» представлены показатели психологического здоровья, имеющие значимые корреляционные связи с показателя профессионально значимых качеств личности и рабочей мотивации респондентов.

Таблица 1 – Результаты корреляционного анализа показателей профессионально-значимых качеств (Опросник *OPQ*) и рабочей мотивации (Опросник *Job Diagnostic Survey*) руководителей с показателями психологического благополучия

Профессионально-значимые качества		Отрицательные связи	Положительные связи
Отношение к людям	Оказание влияния (получает удовольствие от переговоров, продаж и одерживая верх над другими людьми)		Автономия, управление средой, личностный рост, цели в жизни, самопринятие, осмысленность жизни
	Контроль (берёт ответственность на себя, управляет и даёт указания, что и как делать)		Автономия, управление средой, личностный рост, самопринятие, самоуважение, осмысленность жизни
	Независимость (имеет собственные взгляды, труден для уговоров, отстаивает свою позицию)		Личностный рост
	Живость (подвижен, обладает чувством юмора, контактен, разговорчив и общителен)		Управление средой
	Принадлежность к группе (имеет много друзей, любит быть в компаниях)	Автономия	
	Уверенность в себе (легко вступает в контакт)		Управление средой
	Скромность (не афиширует достижения, избегает говорить о своих достижениях)	Управление средой, личностный рост, цели в жизни, самоуважение, осмысленность жизни,	

		открытость опыту	
	Демократизм (поощряет других вносить вклад в общее дело, готов консультироваться)	Личностный рост	
	Заботливость (внимателен к окружающим, помогает)	Цели в жизни, самопринятие, самоуважение, автономия	
Стиль мышления	интерес к практике (любит работать руками)		
	интерес к информации (оценивает и измеряет)		
	интерес к искусству	Цели в жизни	
	интерес к поведению (анализирует мысли и поведение других людей)	Личностный рост, цели в жизни,	
	Традиционализм (опирается на проверенные методы, предпочитает консервативные подходы)	Управление средой, личностный рост, цели в жизни, самопринятие, самоуважение, осмысленность жизни, автономия	
	ориентация на изменения		
	Концептуализм (теоретичен, любит сложные и абстрактные задачи)		
	Инновационность		автономия
	Планирование (готовится заранее, любит ставить задачи, проектирует)		Позитивное отношение к окружающим, управление средой
	Методичность (точность, аккуратность)	Личностный рост	
Пунктуальность			
Чувства и эмоции	Устойчивость (спокоен, расслаблен, устойчив к давлению, способен отключиться от проблем)		
	Тревожность (волнуется перед событиями и когда что-то идёт не так, беспокоится о работе)	Автономия, управление средой, самопринятие, самоуважение	

	Невозмутимость		
	Эмоциональный контроль (избегает вспышек и конфликтов, сдержан)	Личностный рост, цели в жизни, открытость опыту	
	Оптимизм (видит возможности, всегда в хорошем настроении, способен легко переносить неудачи)		
	Критичность		
	Энергия (энергичен, быстр, любит решать физические задачи, непоседлив)		Управление средой, личностный рост, цели в жизни, самопринятие, осмысленность жизни, открытость опыту
	Соревновательность (нацелен на выигрыш, настроен на превосходство над противниками)		Управление средой, личностный рост, цели в жизни, самопринятие, осмысленность жизни
	Мотивированность на достижения (амбициозен, целеустремлён, строит карьеру)		Управление средой, цели в жизни
	Решительность (быстро принимает решения, быстро оценивает ситуацию, рискует)		Управление средой
Восприятие ядерных характеристик профессиональных заданий	Разнообразие рабочих навыков (существует ли у сотрудника, по его мнению, возможность применить все свои способности, профессиональные знания, умения и навыки для выполнения данной работы)		Позитивное отношение к окружающим, автономия, осмысленность жизни, открытость опыту
	Завершённость рабочего задания (в какой степени сотрудник должен полностью и важна проделанная им часть работы для общего конечного результата)		Позитивное отношение к окружающим, управление средой, цели в жизни, самопринятие

	Значимость рабочего задания	Личностная автономия	Баланс зависимости
	Автономия в выполнении задания		
	Обратная связь от работы	Низкое самоуважение	Управление средой, личностный рост, цели в жизни, самопринятие, осмысленность жизни
	Обратная связь от других		
	Взаимодействие		Управление средой, личностный рост, цели в жизни, осмысленность жизни
Когнитивная оценка результатов работы	Осознаваемый смысл работы		Личностный рост
	Осознаваемая ответственность за результат		Позитивное отношение к окружающим
	Знание результатов работы		
	Общая удовлетворённость		
Интринсивная (внутренняя) рабочая мотивация			
Эмоциональная оценка результатов работы	Удовлетворённость потребности в профессиональном росте		
	Удовлетворённость отсутствием опасности увольнения		
	Удовлетворённость оплатой		
	Социальная удовлетворённость		
	Удовлетворённость работой		
	Потребность в профессиональном росте		
Желаемый уровень	Уважение руководства		Позитивное отношение к окружающим, личностная автономия, управление средой, личностный рост, человек как открытая

		система
Мотивирующая работа		Позитивное отношение к окружающим, автономия
Независимо мыслить		Позитивное отношение к окружающим, автономия
Защищённость от потери работы		Личностный рост, осмысленность жизни, открытость опыту
Благожелательный коллектив		Осмысленность жизни, открытость опыту
Возможность узнавать новое		Личностная автономия
Зарплата, льготы		Позитивное отношение к окружающим, личностная автономия, открытость опыту
Возможность творчества		
Карьера		
Профессиональный рост		Позитивное отношение к окружающим
Удовлетворённость		Личностная автономия, открытость опыту

Проанализировав представленные в таблице данные, можем отметить, что показатели психологического здоровья имеют множественные связи с показателями профессионально значимых качеств и рабочей мотивации. В совокупности этих связей определяются следующие тенденции. Психологическое здоровье связано с осмысленным и целостным восприятием рабочего задания, принятием ответственности за результат, энергичностью и стремлением полностью задействовать свой потенциал, заинтересованностью в обратной связи о качестве своей работы и стремлением вступать в продуктивное рабочее взаимодействие, самостоятельностью, энергичностью, стремлением к высокому результату. Можно говорить, что психологическое здоровье связано с высокой степенью личностной включённости руководителя.

При этом психологическое здоровье не предполагает скромности, сдержанности и мотивационной удовлетворённости. Как видим из табл.1, его показатели положительно связаны почти со всеми показателями идеального, желаемого уровня личной удовлетворённости. Иными словами, воспринимая работу с позитивной точки зрения в ракурсе её продуктивных возможностей, респонденты с выраженными показателям психологического здоровья претендуют на ещё более высокие стандарты реализации своего профессионального потенциала. Интерес к работе и своей самореализации в ней при этом, по-видимому, настолько силён, что снижает интерес к внерабочим аспектам жизни (например, интерес к искусству) и направленность на отношения с другими сотрудниками и групповое взаимодействие.

Результаты исследования фактически свидетельствуют о том, что традиционное понимание психологического здоровья как системообразующего условия для жизненного благополучия человека требует определённой корректировки. В жёстко регламентированных производственных условиях оно с одной стороны, является «энергетическим» фактором профессиональной продуктивности, и вместе с тем фактором ограничения сферы отношений с людьми, в том числе, другими сотрудниками, подчинёнными, и возможностей внерабочей самореализации.

Данные исследования имеют прямую практическую значимость при определении содержания психологических аспектов повышения квалификации управленческих кадров и составляющих психологического сопровождения на предприятиях.

УДК 159.923

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ КАК ВЕКТОР САМОРЕГУЛЯЦИИ БУДУЩИХ ПЕДАГОГОВ

Е.Б. Манузина

ФГБОУ ВПО «Алтайская государственная академия образования имени В.М. Шукшина»,
Бийск, Россия

Актуальность проблематики психической саморегуляции априорна для педагога, чьи учебно-образовательные практики суть многообразие вариаций целенаправленной активности. В известном смысле качественный ценз процессов саморегуляции детерминирует результативный компонент педагогической деятельности, более того, поведенческие личностные особенности возможно интерпретировать в логике функциональной интенциональности саморегулятивных процессов. Отсюда приоритетными критериями профессионализма в сфере образования в определенном ситуативном контексте становятся самообладание, уравновешенность, готовность и умения контролировать эмоции и противостоять возникающим в социуме стресс-факторам.

При самостоятельном анализе собственных индивидуально-психологических проявлений целесообразно иметь в виду следующие индивидуальные маркеры:

1. Природная предрасположенность к эмоциональной напряженности (низкая эмоционально-волевая устойчивость). В деятельности педагога данный фактор проявляется в тенденции к «зажатости» при проведении уроков в присутствии директора, завуча, даже коллег-учителей, открытых занятий; возникает чувство растерянности при неожиданных проявлениях недисциплинированности учащихся; высокая общая тревожность провоцирует чувство неуверенности в своих силах, постоянное стремление избегать эмоционально насыщенных ситуаций.

2. О так называемом слабом типе нервной системы (иными словами - слабости возбудительного процесса) свидетельствует неспособность стабильно обеспечивать на занятиях высокую дисциплину, быстрое эмоциональное утомление на уроке в ситуациях, когда некоторые учащиеся позволяют себе деструктивные провокационные вопросы или действия. Для такого педагога все переживания весьма болезненны, длительны, памятливы надолго, он, словно «перестраховываясь», постоянно стремится получить совет и поддержку коллег, хотя и сам знает, как поступать в той или иной ситуации.

3. Выраженная слабость тормозного процесса обнаруживается в частой конфликтности, вспыльчивости, несдержанности в разговоре, нередком отступлении от заранее продуманного варианта действия, разрушении плана общения, поспешности принятия ответственных решений.

4. Низкая подвижность основных нервных процессов (переход от возбуждения к торможению и обратно, эскалация возбуждения и торможения) проявляется в

предпочтении медленного темпа деятельности (учитель не успевает за учениками); трудном вхождении в новую ситуацию; проблемах в установлении доверительных отношений с коллегами и учениками.

5. Недостаточная профессиональная готовность к педагогической работе, (низкий уровень педагогической техники, методического мастерства, организаторских умений и пр.) и как следствие - неуверенность в своих силах.

6. Выраженная отрицательная мотивация к педагогической деятельности.

7. Негативные функциональные реакции после болезни (Манузина, 2003).

Однако собственно знание своих психологических особенностей - необходимое, но не единственное условие, способствующее «снятию» эмоциональной напряженности и последствий воздействия стресс-факторов. Педагог обязательно должен владеть и приемами саморегуляции.

Феномен психической саморегуляции рассматривался в исследованиях К.А. Альбухановой-Славской, Б.В. Зейгарник, О.А. Конопкина, Н.В. Кругловой, Е.Б. Манузиной, В.А. Машина, В.И. Моросановой, А.К. Осницкого, Н.М. Пейсахова, Т.С. Чуйковой, В.А. Ядова и др., обращавшихся к различным аспектам данной проблематики. Привлекательна, в частности, модель процесса осознанного регулирования произвольной сенсомоторной деятельности, предлагаемая О.А. Конопкиным, отражающая принципиальные закономерности процесса осознанного регулирования произвольной деятельности человека. Структурным каркасом данной модели являются собственно намеченная субъектом цель, личностный «набор» значимых условий деятельности, алгоритм исполнительских действий, принятые критерии успешности процесса (Конопкин, 1995).

Презентация функциональных звеньев модели О.А. Конопкина в общих чертах следующая.

1. *Принятая субъектом цель деятельности.* Данное звено выполняет общую системообразующую функцию, поскольку процесс саморегуляции «запускается» для достижения результата, каким он видится конкретному человеку.

2. *Индивидуальный «набор» значимых условий* отражает комплекс внешних и внутренних ситуаций активности, учет которых сам субъект считает необходимым для успешной исполнительской деятельности; играет роль источника информации, на основании которой человек осуществляет программирование собственно исполнительских действий.

3. *Программа исполнительских действий* определяет характер, последовательность, способы и другие (в том числе динамические) характеристики действий, направленных на достижение цели в тех условиях, которые выделены субъектом в качестве значимых оснований.

4. *Система субъективных критериев достижения цели* (критериев успешности) является функциональным звеном, специфическим именно для психической регуляции, конкретизирует и уточняет исходную форму и содержание цели. Общее представление (образ) цели, как правило, недостаточно для точного, «остро направленного» регулирования, и субъект преодолевает исходную информационную неопределенность, вырабатывая критерии оценки результата, соответствующего своему субъективному пониманию принятой цели.

5. *Контроль и оценка реальных результатов.* Данное регулятивное звено, предполагающее мониторинг осуществляемых действий, не требует особых комментариев, задача - предоставить информацию о степени соответствия (или рассогласования) между запрограммированным ходом деятельности, ее этапными и конечными результатами и реалиями их достижения.

6. *Решения о коррекции системы саморегулирования.* Функция звена заложена в его названии, специфика же реализации такова: если конечным (часто видимым) моментом является коррекция собственно исполнительских действий, то первичной причиной может служить изменение, внесенное субъектом по ходу деятельности в любое другое звено регуляторного процесса (например, коррекция модели значимых условий, уточнение критериев успешности и др.).

Как известно, система саморегуляции личности не остается неизменной на протяжении жизни человека, думается, особенно подвижна она в юношеском возрасте становления индивида. В контексте сказанного полагаем, что применительно к системе саморегуляции терминологически наиболее адекватным является не «формирование», предполагающее некий достигнутый итог, но «развитие» как динамический, протяженный во времени процесс (Манузина, 2002).

Таким образом, в процессе профессиональной подготовки с целью развития саморегуляции будущих педагогов могут быть реализованы следующие направления:

- внедрение средств и методов оптимизации системы саморегуляции в педагогический процесс;

- психическая саморегуляция как метод психопрофилактики и психогигиены (Манузина, 2006).

Первое направление предполагает использование на лекционных, практических и лабораторных занятиях заданий на определение целей педагогической деятельности; осуществление анализа и выявление (моделирования) значимых условий предстоящей деятельности; выбор лучшего способа и последовательности действий; оценку результатов и их коррекции.

В процессе профессиональной подготовки в рамках учебной деятельности академического типа, а также на педагогической практике у студентов необходимо актуализировать следующие умения саморегуляции:

- ставить цели и определять наиболее актуальные задачи педагогической деятельности;

- анализировать условия и выделять приоритеты для достижения поставленной цели;

- выбирать способы действий и организовывать их последовательную реализацию;

- оценивать промежуточные и конечные результаты педагогической деятельности, определив наиболее подходящие критерии;

- исправлять допущенные ошибки.

Важно, чтобы умения саморегуляции стали предметом сознательного контроля студентов (Манузина, 2008).

Психическая саморегуляция (второе из вышеназванных направлений) как метод психопрофилактики и психогигиены в целом связан с произвольным управлением психическими и психофизическими процессами и включает в себя систему занятий, направленных на формирование начальных навыков саморегуляции. Психическая саморегуляция предстает методом психопрофилактики и психогигиены, связанным в основном с произвольным управлением психическими и психофизическими процессами (Марищук, 2001). Рассмотрим наиболее доступные методические приемы, описанные в некоторых исследованиях (В.И. Евдокимов, В.Л. Марищук, В.Л. Леви и др.).

Формирование начальных навыков саморегуляции должно начинаться с управления своим вниманием. Внимание – избирательная направленность и сосредоточенность сознания на определенных предметах и явлениях. При должном внимании повышается продуктивность психических процессов, их точность и скорость. Тренинг концентрации внимания может достигаться сосредоточением на монотонном движении внешних объектов и специальных упражнений.

После того, как студенты научились концентрировать свое внимание на воображаемых простых объектах, следует переходить к созданию с помощью приемов психической саморегуляции более сложных чувственных образов (зрительных, слуховых, тактильных и др.), которые должны быть взяты из реального жизненного опыта. Древними природными раздражителями, под воздействием которых формировалась нервная система человека, являются шелест листьев, пение птиц, шум прибоя и другие эстетические раздражители. Звуки природы вызывают у человека чувство радости, успокоения, потому яркими чувственными образами могут быть зрительные представления в сочетании с физическими ощущениями и внутренними переживаниями.

Упражнения на расслабление поперечно-полосатой мускулатуры – наиболее важная часть всех предварительных упражнений метода саморегуляции. Нельзя овладеть методом саморегуляции без предварительной выработки умения полностью расслаблять мышцы.

Формирование навыков расслабления мышц следует начать с расслабления мышц лица и правой руки (у левши – левой руки). Данные части тела имеют самое большое представительство в двигательной и чувственной зоне коры головного мозга. В процессе выполнения упражнений на расслабление необходимо правильно управлять ритмом дыхания.

Физиологический механизм влияния дыхания на функциональное состояние нервной системы изучен довольно подробно. Ритмичное, глубокое дыхание понижает возбудимость некоторых нервных центров и способствует мышечному расслаблению. При выполнении упражнений по релаксации мышц необходимо применять полное дыхание. В нем условно выделяется три стадии: верхнее, среднее (реберное) и нижнее (брюшное). Соединение их в один дыхательный акт и есть полное дыхание. Для эффективной организации деятельности педагог должен овладеть как успокаивающим, так и активирующим типами дыхания. Первый тип используется для нейтрализации избыточного возбуждения после стрессовых ситуаций и для снятия нервного перенапряжения, второй – помогает преодолевать сонливость, вялость, утомление, которые могут возникнуть во время работы.

Одним из наиболее эффективных методов психической регуляции является аутогенная тренировка – методика активной психогигиены, психопрофилактики, психотерапии, повышающая при помощи специальных формул самовнушения возможности саморегуляции исходно произвольных функций организма.

Перечисленные методы регуляции психического состояния помогут в развитии способности личности к самоуправлению, а также позволят будущему педагогу снизить воздействие стресс-факторов и снять эмоциональную напряженность, которые ведут к резкому снижению эффективности их деятельности.

Подчеркнем, что нами рассмотрены лишь некоторые пути развития саморегуляции студентов в процессе профессиональной подготовки в вузе. Данная проблема весьма широка и включает целый комплекс задач подготовки высококвалифицированных педагогических кадров, готовых к самореализации в профессиональной деятельности.

Список литературы:

1. Конопкин О.А. Психическая саморегуляция произвольной активности человека (структурно-функциональный аспект) // Вопросы психологии. – 1995. – № 1. – С. 5–12.
2. Манузина Е.Б. Психическая саморегуляция личности // Материалы 7 международной конференции студентов, аспирантов и молодых ученых (17-19 декабря 2001 г.): В 5 т. Т. 3: Психология и педагогика. Ч. 2. Томск: Изд-во Томского государственного педагогического университета, 2002. – 236 с. – С. 191-196.

3. Манузина Е.Б. Молодой педагог и проблема эмоциональной напряженности // Развитие личности в образовательном пространстве: опыт, проблемы, перспективы: Статьи научно-практической конференции УНПК в 2 ч. – Бийск: НИЦ БПГУ, 2003. – Часть 2. – С. 185–189.

4. Манузина Е.Б. Саморегуляция как одна из составляющих педагогического мастерства // Подготовка специалистов в системе заочного педагогического образования. Материалы научно-практической конференции (апрель 2003г.). – Бийск: НИЦ БПГУ. – С. 85-91.

5. Манузина Е.Б. Развитие саморегуляции студентов в процессе профессионального педагогического образования // Вестник Томского государственного университета: Общенаучный периодический журнал. Бюллетень оперативной научной информации. 2006. - № 78. Июль. Перспективные направления регионального образования. Томск: Томский государственный, 2006. – С. 75-84.

6. Манузина Е.Б. Развитие саморегуляции деятельности будущих педагогов в рамках компетентностно-ориентированного педагогического образования // Наука и школа. – 2008. – № 5. – С. 19.

7. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса. / Марищук В.Л., Евдокимов В.И. – СПб.: Издательский дом «Сентябрь», 2001. – 260 с.

УДК 159.923

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БЕРЕМЕННЫХ С АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, ПОЗВОЛЯЮЩИЕ СОХРАНИТЬ ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

С.А. Морева¹, А.В. Силаева¹, А.А. Рябцунова²

¹ГБОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Минздрава России, Томск; ²ФКУ ИК-3 УФСИН России по Томской области; Россия

Введение. В настоящее время интерес к изучению психологических аспектов репродуктивного периода очень высок. Исследователи обращают внимание, что беременность для женщины – это не только специфический физиологический процесс, но и экзистенциальная проблема, обуславливающая глубокие изменения ее самосознания, отношения к миру и к другим людям (Филиппова, 2010; Жаркова, 2013).

Существует много факторов (биологических, психологических и социальных), оказывающих неблагоприятное воздействие на психическое здоровье человека, и в частности, беременной женщины. Одним из таких факторов является акушерская патология (Мальгина, 2011; Куприянова, 2012). Распространённость различных патологий беременности высока и является серьёзной проблемой в сфере репродуктивного здоровья. Данная проблема является актуальной не только для сферы охраны репродуктивного здоровья, но и для сферы охраны психического здоровья (Захаров, 2011; Ефанова, 2012). Известно, что соматическая патология может оказать значительное влияние на психологическое благополучие беременной женщины, приводя к развитию психических расстройств (Bergner, 2008). В настоящее время обнаруживается недостаточно данных о влиянии личностных особенностей беременных на сохранность психического здоровья при наличии акушерской патологии, что вызывает исследовательский интерес и подтверждает актуальность.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе акушерской клиники Сибирского государственного медицинского университета. Беременным женщинам было предложено пройти психологическое обследование, с учетом их функционального состояния и соблюдением этических принципов. Всего приняли участие 38 женщин, имеющих акушерскую патологию, на разных сроках беременности – от 12 до 40 недель

(средний показатель – 26 недель), раннего и позднего репродуктивного возраста от 19 до 39 лет (средний показатель – 28 лет). Все беременные были разделены на две группы: I группу, составили 18 респонденток – беременные женщины с акушерской патологией без симптомов психопатологических нарушений. Виды патологий: угроза прерывания беременности (УПБ), истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН), угроза преждевременных родов, центральное предлежание плаценты с признаками приращения, нарушение маточно-плацентарного кровотока (МПК). II группу, составили 20 респонденток – беременные женщины с акушерской патологией, имеющие психопатологические симптомы. Виды патологий: отслойка плаценты, ИЦН, недоразвитие плода, УПБ, поздний гестоз.

Методический аппарат состоял из опросника выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R); Фрайбургского личностного опросника (FPI-B); методики исследования уровня субъективного контроля (УСК); методики диагностики индивидуальной меры выраженности свойства рефлексивности (А.В. Карпова); шкалы эмоционального отклика (BEES). Обработка данных осуществлялась с помощью статистических методов, непараметрического критерия U Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение. Анализ данных по опроснику SCL-90-R в I группе показал отсутствие психопатологической симптоматики; во II группе у всех респонденток обнаружены психопатологические симптомы.

Распределение выраженности отдельных синдромов по шкалам у беременных II группы: шкала соматизации (SOM) – 50% (10 из 20 человек); шкала обсессивности-компульсивности (О-С) – 40% (8 из 20 человек); шкала межличностной сензитивности (INT) – 35% (7 из 20 человек); шкала депрессивности (DEP) – 35% (7 из 20 человек); шкала тревожности (ANX) – 35% (7 из 20 человек); шкала враждебности (HOS) – 25% (4 из 20 человек); шкала фобической тревожности (PHOB) – 65% (13 из 20 человек); шкала паранойальности (PAR) – 35% (7 из 20 человек); шкала психотизма (PSY) – 55% (11 из 20 человек).

Индекс выраженности дистресса у беременных II группы: общий индекс тяжести симптомов (GSI) имеют 40% (8 из 20 респонденток); индекс проявления симптоматики (PSI) 35% (7 из 20 респонденток); индекс наличного симптоматического дистресса (PDSI) имеют 100% (20 из 20 респонденток).

Таким образом, во II группе обнаружены психопатологические симптомы по всем шкалам опросника, в наибольшей степени выражены симптомы фобической тревожности, а в наименьшей – враждебности.

По результатам FPI-B, обнаружены различия в группах практически по всем шкалам опросника кроме шкалы «Реактивная агрессивность».

Шкала I – невротичность. Высокие показатели в I группе у 22,2% (4 из 18 человек); во II группе – у 80% (16 из 20 человек). В I группе обнаружены и низкие показатели – у 2 из 18 человек (11,1%). Респондентки из II группы имеют более высокий уровень невротизации по сравнению с I группой.

Шкала II – спонтанная агрессивность. Высокие показатели в I группе у 33,3% (6 из 18 человек); во II группе – у 15% (3 из 20 человек). Низкие показатели в I группе у 16,7% (3 из 18 человек), а во II группе – у 40% (8 из 20 человек). Некоторые респондентки из I группы имеют склонность к импульсивному поведению.

Шкала III – депрессивность. Высокие показатели в I группе у 5,6% (1 из 18 человек); во II группе – у 50% (10 из 20 человек). В I группе также обнаружены и низкие показатели – у 3 из 18 человек (16,7%). Во II группе обнаружены признаки, характерные для депрессивного психопатологического синдрома, проявляющиеся в эмоциональном состоянии, поведении, отношениях к себе и к социальной среде. Этот результат

подтверждает результат методики SCL-90-R. В I группе практически отсутствуют признаки депрессивности.

Шкала IV – раздражительность. Высокие показатели в I группе у 33,3% (6 из 18 человек); во II группе – у 65% (13 из 20 человек). Также в группах обнаружены низкие показатели – по одному человеку в каждой группе. У респонденток II группы более выражены показатели неустойчивого эмоционального состояния со склонностью к аффективному реагированию.

Шкала V – общительность. Высокие показатели в I группе у 22,2% (4 из 18 человек); во II группе – у 5% (1 из 20 человек). Низкие показатели в I группе у 5,6% (1 из 18 человек), а во II группе – у 80% (16 из 20 человек). Можно сказать, что респондентки из группы беременные с психопатологической симптоматикой обнаруживают низкую социальную активность, они не стремятся к общению с людьми, в то время как беременные из группы без психопатологических симптомов обладают потребностью в общении.

Шкала VI – уравновешенность. Высокие показатели в I группе у 66,7% (12 из 18 человек); во II группе – у 20% (4 из 20 человек). Во II группе обнаружены и низкие показатели у 4 из 20 человек (20%). Большинство респонденток из I группы обладают хорошей защищенностью от воздействия обычных жизненных стрессоров, базирующейся на уверенности в себе, оптимистичности и активности.

Шкала VII – реактивная агрессивность. Высокие показатели в I группе у 33,3% (6 из 18 человек); во II группе – у 10% (2 из 20 человек). Низкие показатели в I группе у 11,1% (2 из 18 человек), а во II группе – у 25% (5 из 20 человек). Можно сказать, что большинство респонденток в группах не проявляют признаки агрессивности по отношению к социальному окружению и не стремятся к доминированию.

Шкала VIII – застенчивость. Высокие показатели в I группе у 11,1% (2 из 18 человек); во II группе – у 65% (13 из 20 человек). В I группе также выявлены низкие показатели – у 27,8% (5 из 18 человек). Респондентки из группы беременные с психопатологической симптоматикой имеют высокий уровень застенчивости, а значит, отличаются тревожностью, скованностью, неуверенностью и, как следствие, трудностями в социальных контактах. Респондентки из группы беременные без психопатологических симптомов в большинстве случаев не испытывают трудностей в социальных контактах.

Шкала IX – открытость. Высокие показатели в I группе у 33,3% (6 из 18 человек); во II группе – у 55% (11 из 20 человек). В I группе выявлены низкие показатели – у 11,1% (2 из 18 человек). Респондентки из II группы в большей степени, чем респондентки из I группы, стремятся к доверительно-откровенному взаимодействию с окружающими при высоком уровне самокритичности.

Шкала X – экстраверсия. Высокие показатели в I группе у 27,8% (5 из 18 человек); во II группе – у 10% (2 из 20 человек). Низкие показатели в I группе у 5,6% (1 из 18 человек), а во II группе – у 50% (10 из 20 человек). Респондентки из группы беременные без психопатологических симптомов в большей степени обладают чертами экстраверсии, а респондентки из группы беременные с психопатологическими симптомами – интроверсии.

Шкала XI – эмоциональная лабильность. Высокие показатели в I группе у 5,6% (1 из 18 человек); во II группе – у 65% (13 из 20 человек). В I группе выявлены низкие показатели – у 22,2% (4 из 20 человек). Респондентки из II группы обладают неустойчивостью эмоционального состояния, проявляющейся в частых колебаниях настроения, повышенной возбудимости, раздражительности, недостаточной саморегуляции. Часть респонденток из I группы, наоборот, обладает умением владеть собой и стабильным эмоциональным состоянием.

Шкала XII – маскулинность. Высокие показатели в I группе у 16,7% (3 из 18 человек); во II группе – у 15% (3 из 20 человек). Низкие показатели в I группе у 16,7% (3 из 18 человек), а во II группе – у 45% (9 из 20 человек). В I группе большинство респонденток находятся в балансе между маскулинностью и фемининностью. Во II группе респондентки больше склонны к фемининности, а значит, протеканию психической деятельности по женскому типу.

При исследовании уровня субъективного контроля, получены следующие показатели.

Шкала общей интернальности (Ио). Высокие показатели в I группе у 50% (9 из 18 человек). Низкие показатели в I группе у 50% (9 из 18 человек); во II группе – у 100% (20 из 20 человек). Половина респонденток из группы беременные без психопатологических симптомов имеют высокий уровень субъективного контроля, а другая половина – низкий. Все респондентки из группы беременные с психопатологической симптоматикой имеют низкий уровень субъективного контроля.

Шкала интернальности в области достижений (Ид). Высокие показатели в I группе у 72,2% (13 из 18 человек); во II группе – у 10% (2 из 20 человек). Низкие показатели в I группе у 27,8% (5 из 18 человек); во II группе – у 90% (18 из 20 человек). Большинство респонденток из I группы имеют высокий уровень субъективного контроля над эмоционально положительными событиями и ситуациями; большинство респонденток из II группы – наоборот имеют низкий уровень субъективного контроля в данной области.

Шкала интернальности в области неудач (Ин). Высокие показатели в I группе у 38,9% (9 из 18 человек); во II группе – у 25% (5 из 20 человек). Низкие показатели в I группе у 61,1% (11 из 18 человек); во II группе – у 75% (15 из 20 человек). В I группе половина респонденток склонна обвинять самих себя в разных неприятностях и страданиях, а другая половина – приписывать ответственность за неприятности другим людям или считать их результатом невезения. Респондентки из II группы в большей степени обладают низким уровнем субъективного контроля в данной области.

Шкала интернальности в области семейных отношений (Ис). Высокие показатели в I группе у 55,6% (10 из 18 человек); во II группе – у 44,4% (8 из 20 человек). Низкие показатели в I группе у 40% (8 из 18 человек); во II группе – у 60% (12 из 20 человек). Респондентки из I группы считают себя ответственными за события, происходящие в их семейной жизни; респондентки из II группы считают своих партнеров ответственными за возникающие в их семьях ситуации.

Шкала интернальности в области производственных отношений (Ип). Высокие показатели в I группе у 16,7% (3 из 18 человек). Низкие показатели в I группе у 83,3% (15 из 18 человек); во II группе – у 100% (20 из 20 человек). Респондентки двух групп имеют склонность не брать на себя ответственность за свои профессиональные успехи и неудачи.

Шкала интернальности в области межличностных отношений (Им). Высокие показатели в I группе у 83,3% (15 из 18 человек); во II группе – у 45% (9 из 20 человек). Низкие показатели в I группе у 16,7% (3 из 18 человек); во II группе – у 55% (11 из 20 человек). Респондентки из I группы считают себя в силах контролировать свои формальные и неформальные отношения с другими людьми, вызывать к себе уважение и симпатию. Половина респонденток из II группы считает также, а другая половина не может активно формировать свой круг общения и склонна считать свои межличностные отношения результатом активности партнеров.

Шкала интернальности в отношении здоровья и болезни (Из). Высокие показатели в I группе у 44,4% (8 из 18 человек); во II группе – у 25% (5 из 20 человек). Низкие показатели в I группе у 55,6% (10 из 18 человек); во II группе – у 75% (15 из 20 человек). Респондентки из II группы считают болезнь результатом случая и надеются, что выздоровление придет в результате действий других, прежде всего — врачей. Половина

респонденток из I группы считает также, а другая половина считает себя ответственными за свое здоровье.

Респондентки из группы беременные без психопатологических симптомов обладают высоким уровнем субъективного контроля во многих областях жизни, а респондентки из группы беременные с психопатологической симптоматикой – низким. Только в одной области – «производственные отношения» не обнаружено различий между группами, все респондентки считают других ответственными за все, что с ними происходит в этой области.

В результате диагностики выраженности свойства рефлексивности, получены следующие данные.

В I группе высокий уровень рефлексивности обнаружен у 2 респонденток (11,1%), а низкий уровень – у 3 респонденток (16,7%). Большинство беременных женщин имеют средний уровень рефлексивности (72,2%).

Во II группе низкий уровень рефлексивности обнаружен у 8 респонденток (40%), а у 12 (60%) – средний уровень.

В I группе у большинства респонденток, выявлена способность анализировать свои действия и поступки, критически осознавать свои особенности, видеть свои возможности в саморегуляции своей деятельности и поведения. Часть респонденток из этой группы – высокорефлексивных характеризуется постоянностью интересов и целенаправленностью, тщательностью в подготовке к предстоящей деятельности при больших затратах времени, устойчивостью внимания. Во II группе респондентки не испытывают явных проблем в оценке своих действий и поступков, а также действий и поступков других людей, но этот анализ не является для них основным. Они могут проявлять импульсивность действий и поступков, необдуманность решений, частую смену целей, интересов, низкую концентрацию внимания, слабость самоконтроля.

По шкале эмоционального отклика, в I группе только у одной обследуемой (5,6%) выявлен очень высокий уровень эмпатии, у двоих (11,1%) – средний (нормальный) и у 15 (83,3%) – высокий.

Во II группе также только у одной обследуемой (5%) выявлен очень высокий уровень эмпатии, у четверых (20%) – средний и у 15 (75%) – высокий.

В двух группах большинство респонденток обладают способностью глубокого и точного понимания других людей, мысленного воссоздания их переживаний, ощущения их как собственных; построения отношений по принципу взаимного доверия.

С помощью U-критерия Манна-Уитни были обнаружены статистически значимые различия ($p < 0,05$) между двумя группами по шкалам FPI-B.

Шкала «Невротичность» характеризует уровень невротизации личности. Более высокие показатели во II группе ($7,3 \pm 1,08$; $p < 0,05$) свидетельствуют о выраженном невротическом синдроме астенического типа со значительными психосоматическими нарушениями у беременных с психопатологической симптоматикой. Соответственно, более низкие показатели в I группе ($5 \pm 2,02$; $p < 0,05$) говорят о низком уровне невротизации.

Шкала «Депрессивность» диагностирует признаки, характерные для психопатологического депрессивного синдрома. Более высокие показатели во II группе ($6,45 \pm 1,54$; $p < 0,05$) свидетельствуют о наличии этих признаков в эмоциональном состоянии, в поведении, в отношениях к себе и к социальной среде. Более низкие показатели в I группе ($4,33 \pm 1,19$; $p < 0,05$) говорят об отсутствии признаков депрессивного синдрома.

Шкала «Общительность» характеризует потенциальную и актуальную социальную активность. Высокие показатели в I группе ($5,5 \pm 1,2$; $p < 0,05$) свидетельствуют о

выраженной потребности в общении и постоянной готовности к её удовлетворению, а показатели во II группе ($2,15 \pm 1,42$; $p < 0,05$) говорят о низкой социальной активности.

Шкала «Уравновешенность» отражает стрессоустойчивость. Более высокие показатели в I группе ($6,56 \pm 1,42$; $p < 0,05$) говорят о хорошей защищённости от воздействия обычных жизненных стрессоров; во II группе ($5,15 \pm 2,16$; $p < 0,05$) более низкие показатели свидетельствуют о низкой стрессоустойчивости и подверженности воздействию стрессоров.

Шкала «Застенчивость» отражает предрасположенность к пассивно-оборонительному стрессовому реагированию на обычные жизненные ситуации. Более высокие показатели во II группе ($7,4 \pm 1,27$; $p < 0,05$) отражают тревожность, скованность, неуверенность; как следствие — трудности в социальных контактах у беременных с психопатологической симптоматикой. Более низкие показатели в I группе ($5,17 \pm 1,79$; $p < 0,05$) свидетельствуют о меньшей степени застенчивости, а, следовательно, об отсутствии трудностей в установлении контактов.

Различия по шкале «Экстраверсия» свидетельствуют о том, что в I группе ($5,5 \pm 1,82$; $p < 0,05$) большая часть женщин — экстраверты, характеризующиеся преимущественной направленностью активности, установок, стремлений и интересов на внешний мир и окружающих людей, а во II группе ($3,35 \pm 2$; $p < 0,05$) — интроверты, характеризующиеся внутренней направленностью переживаний, склонностью к погружению в мир собственных чувств и мыслей, малой зависимостью содержания психики от контактов с окружающими, пассивностью в общении.

Шкала «Эмоциональной лабильности». Высокие показатели во II группе ($6,85 \pm 1,09$; $p < 0,05$) свидетельствуют о неустойчивости эмоционального состояния, проявляющемся в частых колебаниях настроения, повышенной возбудимости, раздражительности, недостаточной саморегуляции. Низкие показатели в I группе ($4,17 \pm 1,29$; $p < 0,05$) говорят о высокой стабильности эмоционального состояния как такового и хорошем умении владеть собой.

Выявленные различия позволяют предположить существование зависимости между личностными особенностями и сохранностью (или нарушением) психического здоровья.

Определены статистически значимые различия между группами ($p < 0,05$) по следующим шкалам методики УСК.

Шкала Ио. Несмотря на то, что существуют достоверные различия между группами, средний показатель ниже 5,5. Это свидетельствует о том, что обе группы респонденток характеризуются низким уровнем субъективного контроля. Но показатель I группы ($5,39 \pm 1,46$; $p < 0,05$) очень близок к границе между уровнями, а показатель II группы ($3,55 \pm 1,15$; $p < 0,05$) — далек от нее. Поэтому можно сделать вывод, что респондентки группы с психопатологической симптоматикой не видят связи между своими действиями и значимыми для них событиями жизни, а также не считают себя способными контролировать их развитие и полагают, что большинство событий является результатом случая или действий других людей. В то время как респондентки группы без психопатологических симптомов стремятся брать на себя ответственность за события, происходящие в их жизни, то есть обладают более высоким уровнем субъективного контроля.

Шкала Ид. В данной области показатели в группах значительно расходятся. Респондентки из I группы ($6,72 \pm 1,67$; $p < 0,05$) обладают высоким уровнем субъективного контроля над эмоционально положительными событиями и ситуациями. Считают, что они сами добились всего, что было и есть в их жизни, и что они способны с успехом добиваться своего в будущем. Респондентки из II группы ($4,1 \pm 1,25$; $p < 0,05$) обладают низким уровнем субъективного контроля в данной области. Они приписывают свои

успехи и достижения обстоятельствам – везению, счастливой судьбе или помощи других людей.

Шкала Ип. Средний показатель в группах ниже 5,5, это свидетельствует о том, что обе группы респонденток характеризуются низким уровнем субъективного контроля в данной области. Низкий показатель свидетельствует о том, что обследуемые имеют склонность не брать на себя ответственность за свои профессиональные успехи и неудачи. Они считают, что не они сами, а кто-то другой – начальство, коллеги, везение и др., определяют все, что с ними происходит в этой области. Но, так как существуют достоверные различия между группами, необходимо отметить, что в группе беременных с психопатологической симптоматикой эти особенности значительно ярче выражены ($3,45 \pm 0,51$; $p < 0,05$).

Шкала Им. Высокий показатель в I группе $6,83 \pm 1,38$ свидетельствует о том, что респондентки считают себя в силах контролировать свои формальные и неформальные отношения с другими людьми, вызывать к себе уважение и симпатию. Низкий показатель во II группе $5,15 \pm 0,93$ напротив, указывает на то, что респондентки не могут активно формировать свой круг общения и склонны считать свои межличностные отношения результатом активности партнеров.

В I группе значительно чаще, выявляется высокий уровень субъективного контроля, особенно в областях достижений и межличностных отношений.

По показателю рефлексивности выявлены статистически значимые различия ($p < 0,05$) между группами. Среднее значение в I группе составило ($4,56 \pm 1,42$; $p < 0,05$); во II группе – ($3,55 \pm 1,39$; $p < 0,05$). Показатель рефлексивности в I группе соответствует среднему уровню, а показатель II группы – низкому. Можно сделать вывод о том, что в группе беременных без психопатологических симптомов у респонденток выявлена способность к анализу своих действий и поступков, критическому осознанию своих особенностей, умение видеть свои возможности в саморегуляции своей деятельности и поведения. В группе беременных с психопатологической симптоматикой у респонденток могут возникать проблемы в оценке своих действий и поступков, а также действий и поступков других людей. Они могут проявлять импульсивность действий и поступков, необдуманность решений, частую смену целей, интересов, слабость самоконтроля.

Достоверных различий по уровню выраженности способности личности к эмоциональному отклику на переживания других людей (эмпатии) в группах не выявлено.

Заключение. Обследуемые женщины двух групп имеют разные личностные особенности. Беременные с психопатологической симптоматикой отличаются низкой стрессоустойчивостью, неуверенностью в себе и скованностью, низкой социальной активностью, эмоциональной неустойчивостью, низким уровнем субъективного контроля (экстравертированностью) и низкой рефлексивностью. Беременные без симптомов психопатологических нарушений отличаются высокой социальной активностью, хорошей стрессоустойчивостью, уверенностью в себе, стабильностью эмоционального состояния, высокой саморегуляцией, высоким уровнем субъективного контроля (интровертированностью) и рефлексивностью.

В результате, можно сделать вывод о том, что такие личностные характеристики как агрессивность, склонность к депрессии, излишняя открытость в общении с людьми, раздражительность и застенчивость способствуют возникновению психопатологической симптоматики. А такие личностные особенности как общительность, уравновешенность, высокий уровень субъективного контроля (интернальность), рефлексивность – уменьшают вероятность возникновения психопатологической симптоматики, а значит, способствуют сохранности психического здоровья.

Список литературы:

1. Bergner A. et al. Pregnancy after early pregnancy loss: a prospective study of anxiety, depressive symptomatic and coping // Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. 2008. Jun. V. 29 (2). P. 105–113.
2. Ефанова Т.С., Захаров Р.И., Куприянова И.Е. Качество жизни и психические расстройства у беременных с угрозой невынашивания // Психотерапия. 2012. №12. С. 71–72.
3. Жаркова О.С., Уразаев А.М., Берестнева Е.В. Личностные особенности беременных, ожидающих рождения первого ребенка // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. 2013. № 3-1. С. 13–15.
4. Захаров Р.И., Ефанова Т.С. Влияние психоэмоционального состояния и психосоматических заболеваний на развитие психических расстройств у беременных с привычным невынашиванием // Психотерапия. 2011. № 10. С. 8–9.
5. Куприянова И.Е., Захаров Р.И., Ефанова Т.С. Психическое здоровье беременных (обзор литературы) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012. №2 (71). С. 80–84.
6. Малыгина Н.Я. Психологические особенности женщин с патологическим протеканием беременности // Перинатальная психология и психология репродуктивной сферы. 2011. № 1–2 (2). С. 148–154.
7. Филиппова Г.Г. Нарушение репродуктивной функции и ее связь с нарушениями в формировании материнской сферы. Перинатальная психология и психология репродуктивной сферы. 2010. № 1. С. 101–119.

УДК 159.923

ИМИТАЦИЯ ЖИЗНЕННЫХ ОТНОШЕНИЙ КАК УГРОЗА ПСИХОЛОГИЧЕСКОМУ ЗДОРОВЬЮ СОВРЕМЕННОГО ЧЕЛОВЕКА

Н.И. Нелюбин

Омский государственный педагогический университет, Омск, Россия

В предыдущей статье (Нелюбин, 2013) я обращался к проблеме патологии нормального человека, – к трудно уловимому схизису в его жизненной ситуации, когда он будучи вдохновленным эвдомоническими устремлениями и «волей» к счастью, подпитываемыми массовой культурой и поп-психологией, отрывается от задач на осмысление вполне земных событий, таящих в себе более правдивый и подчас безжалостный манифест того, что с ним происходит на уровне его экзистенциальной данности, – за ширмой иллюзий простого, одномерного мира. Тезис Б.С. Братуся о том, что человек может быть «психически здоров, но личностно болен» (Братусь, 1997) по-прежнему не снимается с повестки дня и констатирует все более усиливающуюся тенденцию самоутраты, отчуждения и дезинтеграции современного человека, превращающегося в пучок мгновенно обновляющихся стимульных состояний и «забот» профанного характера, имитирующих «экзистенциальную повестку дня».

Проблема имитации современным человеком жизненных отношений относится к категории вечных проблем человеческого существования. Ее постановка и обсуждение стали традиционными пунктами в европейской философско-психологической мысли первой половины и XX века (М. Хайдеггер, К. Ясперс, К.-Г. Юнг, Х. Ортега-и-Гассет, Ж.-П. Сартр, Э. Фромм и др.). Сегодня она по-прежнему остается в центре гуманитарного дискурса и все более активно вводится в предметное поле психологической науки, в связи с обращением исследователей к психологии человеческого бытия (В.В. Знаков) и экзистенциально-феноменологическим аспектам самоосуществления человека (И.О. Логинова). Более того, сама категория «отношение» сегодня оказывается в центре

дискурса системной антропологической психологи (Клочко В.Е., Галажинский Э.В., Краснорядцева О.М., Лукьянов О.В, 2014), поскольку позволяет описать на уровне целостного человека, обладающего духовным, ноэтическим измерением то, что «превращает безличную, индифферентную, в себе и для себя существующую «окружающую среду» в *многомерное одушевленное пространство жизни*, в котором человек может действовать, понимая смысл и ценность своих действий, т.е. действовать осознанно и потому ответственно» (Галажинский Э.В., Клочко В.Е, 2011).

Кризис существования современного человека, как представителя массовой культуры, все больше отягощается симуляцией им жизненных отношений, (когда они словами М.К. Мамардашвили превращаются в «недоноски» мыслей и переживаний) и культивированием таких представлений о мире, в упрощающем контексте которых мог бы воспроизводиться его наивный концепт самого себя: «Почти никто не находится на своем месте, не реализует свою подлинную судьбу. Человек живет уловками, которыми обманывает самого себя, представляя мир простым и беспорядочным, не смотря на то, что его жизненное сознание буквально кричит о том, что настоящий мир, который соотносится с современностью, невероятно сложен, конкретен и требователен. Но он боится – несмотря на свои грозные телодвижения, средний человек сегодня очень слаб, – боится открыться этому подлинному миру, который многого требует от него, и предпочитает фальсифицировать свою жизнь, оставляя ее заключенной в витом коконе своего фиктивного и упрощенного мирка» (Ортега-и-Гассет, 2005, С. 55).

Жизнь здесь я понимаю в русле размышлений В.Е. Клочко, М.К. Мамардашвили, Б.Д. Эльконина, как напряженное «усилие во времени», совершаемое индивидуумом для того, чтобы преодолевать стихийную и натурально данную ситуацию своего развития, сбываться в собственном мышлении и переживаниях в качестве человека (приобщенного к культуре), как открытой возможности самого себя. В том случае, если это усилие им не совершается, то жизнь по мысли М.К. Мамардашвили складывается по принципу «потерянного времени», хотя внешне она может выглядеть, как весьма насыщенная (в социально-психологическом, ролевом срезе) система отношений, в которую встроен и которую воспроизводит человек (Мамардашвили, 1997). Ситуация эта осложняется тем, что он намеренно или подспудно создает в собственном сознании такие модели действительности и упрощающие мир схемы, в силу которых он не замечает и не понимает, что с ним происходит на самом деле, на уровне базальных жизненных отношений и глубинных пластов смыслообразования.

Инерционное желание самосохранения заключается в сохранении прежней персоны, или того, что человек привык считать привычным идентификационным (и вместе с тем инерционным) ядром самого себя, содержащим запрет на открытие потенциального и движение к возможности быть другим, более подлинным и открытым к смыслонесущим событиям повседневности, готовым превращать повседневность в экзистенциальность. Такая инерция стихийно сложившихся жизненных отношений подчас оказывается самой мощной силой, сдерживающей волю к самоосуществлению. Перестав быть открытой возможностью самого себя, жизненное пространство человека превращается в резервацию уже реализованных возможностей. Он отгораживается ригидными схемами предвосприятия от вызовов мира, и экзистенциальной психодинамики, угрожающей «ветхому» идентификационному ядру. По мере расширения сферы влияния инерционной формы самотождественности, современный человек все чаще обнаруживает себя в потоке ложных идентификаций, «убегает от себя» в направлении чьих-то ожиданий, встраивается в конъюнктуру заданных сценариев жизни. Возможно, этим объясняется такая популярность различного рода шоу двойников, заполонивших prime-time телевизионных каналов. Причем это настолько незаметная и привычная форма экзистенциального эскапизма, что она начинает восприниматься как

само собой разумеющееся поведение социально преуспевающего индивида. По замечанию М.К. Мамардашвили такое положение вещей является ни чем иным как свидетельством «смертельной болезни» человека (в метафизическом смысле), свидетельством того что он не может на экзистенциальном уровне приобщиться к культуре и мышлению, не может «родиться заново» как личность (Мамардашвили, 1997).

Переставая замечать в складывающихся жизненных отношениях симптомы «паралича воли к самости», человек все больше «растворяется» в «полипняке субличностей», уместных для той или иной ситуации социального взаимодействия, делающих его более адаптивным к отдельным фрагментам социальной действительности, но не позволяющим ответить на базовый вопрос «Кто я такой?». Власть обыденного мира, обыденного мышления держит человека до тех пор, пока он не займет по отношению к своей жизни рефлексивную позицию, пока его поступки, по замечанию С.Л. Рубинштейна, не начнут обретать философский оттенок (Рубинштейн, 1986)

Своеобразной ареной имитации жизненных отношений становятся виртуальные просторы многочисленных социальных сетей. Стремление современного человека быть открытым информационному потоку и участвовать в его переадресации зачастую приобретает крайнюю форму, которую метафорически можно обозначить как «информационная булимия». Это навязчивая потребность в непрерывно обновляющейся информации, коммуникативном контакте, быстрой обратной связи, сопровождающаяся нетерпеливым ожиданием оценки собственных сообщений. Так современная коммуникативная среда превращается в «пространство симуляции» разговора без определенной интенции говорить: «Здесь играют в то, будто говорят друг с другом, слушают друг друга, общаются, здесь разыгрываются самые тонкие механизмы постановки коммуникации. Контакт ради контакта становится родом пустого самособлазна языка, когда ему уже просто нечего сказать» (Бодрийяр, 2000, С. 282). Коммуникативное пространство социальных сетей «прогрессирует» по такому же принципу, становясь в конечном итоге пространством «симуляции разговора», который как будто бы обладает событийным эффектом. В таком разговоре принято «как будто присутствовать», «разделять радость», «выражать симпатии», «демонстрировать заинтересованность», «выражать озабоченность», «давать нравственную оценку», «апеллировать к ценностям высокого порядка», но вместе с тем оставаться в плоскости формальной беседы или болтовни, в которой нет места для риска настоящего откровения. Событие же имеет, по мысли М.К. Мамардашвили, структуру откровения. Внутри же описанной выше коммуникативной практики происходит выхолащивание событийной стороны человеческого общения, что в конечном итоге ведет к размыванию границ нравственной позиции личности.

В семантическом наполнении содержания персональных страниц, будто в плутовских повествованиях «... отсутствует изображение устойчивых отношений. Много внимания уделяется персонам, маскам и личинам на всех уровнях жизни» (Хилман, 2004, С. 72) Как правило, сама история создаваемых пользователями социальной сети сообщений создается по принципу постмодернистского текста, в котором игра ссылок, сообщений, комментариев, фотографий профиля и т.п. «заполняет все и поглощает саму себя, ведет к утрате цели и смысла игры» (Кабанова, 2015). Пестрое полотно персональной новостной ленты создается, как будто, в соответствии с изначальной обреченностью автора на самоутрату: «... заблудившись в этой ткани (в этой текстуре), субъект исчезает подобно пауку; растворенному в продуктах своей собственной секреции, из которых он плетет паутину» (Барт, 1989, С. 515).

Еще более ярко виртуальная симуляция обнаруживает себя, когда речь идет об иллюзии переживания, когда его наблюдаемый знак выступает лишь в качестве внешнего указателя, вывески того состояния, которое в феноменологическом смысле отсутствует. К

примеру, большинство, возвышенных постов, альтруистических жестов (оплачиваемых часто лишь переадресацией или выражением симпатии к сообщениям о бездомных котятках), на деле оказываются лицемерными этикетками старого доброго «американского гуманизма». Очередные попытки встроить свой «свежий» и как будто бы нетривиальный образ в новостную ленту социальной сети все дальше уводят человека от действительно стоящей и драматичной попытки «встроиться в герменевтику собственной жизни» (Буякас, 2009, С. 106). Пространство персональной страницы превращается в лабиринт выразительных средств, в котором в конечном итоге «исчезает всякая самоотжественность» (Барт, 1989) автора на уровне интенционального субъекта, при внешней его отождествленности с вроде бы неслучайными фотографиями, записями и всем тем, к чему он присоединился на уровне знака симпатии и тождества.

Прочно закрепившиеся в современном психотерапевтическом дискурсе позитивистские трафареты, объясняющие психологическое неблагополучие, лишь еще больше закрепляют тенденцию отчуждения человека от собственных ноэтических измерений, «очищают», словами Р. Лейнга, мир человека от бытия: «В ситуации отчуждения каждый отдельный аспект человеческой реальности подвержен фальсификации, и позитивное описание может только закрепить отчуждение, которое оно не в состоянии описать как таковое, и еще более углубить это отчуждение, поскольку еще более скрывает и маскирует его» (Лейнг, 2005, С. 66). В таких позитивистских объяснениях человек «упрощается до бессмысленного события, до существа, управляемого и подавленного слепыми силами, для того чтобы интерпретировать то, что в человеческой жизни выходит из сферы влияния этих сил, – смысл» (Бинсвангер, 1999, С. 157).

В противовес такой стратегии познания человека, явно не позволяющей исследователю, равно как и психотерапевту «войти» в многомерность смысловых измерений человеческого существования является другой путь, намеченный в свое время Л. Бинсвангером и активно воплощаемый в современной антропологической психологии. «Второй путь – это путь антропологии, – писал Л. Бинсвангер, – которая занимается условиями и потенциальными возможностями *Dasein* как нашего, или – что одно и то же – возможными видами и способами нашего существования» (Бинсвангер, 1999, С. 154). Автор указывает на необходимость культивирования этой стратегии познания в качестве способа жизни, центрального модуса существования: «Здесь этот путь «в нашу самость», в первую очередь, относится к самости собственного, индивидуального существования ученого, к почве, на которой он стоит и которая доподлинно является его собственной. Он относится к *Dasein*, которое ученый считает своим собственным *в мире труженика науки*, искателя, ваятеля и глашатая научной истины *в мире и для него*. Все сказанное является само-очевидной пресуппозицией каждого ученого». (Бинсвангер, там же).

За интересом к потенциальным возможностям человека, к перспективам его целостного и осмысленного существования, к психотехникам собирания в осмысленную транспективу временных горизонтов человеческого бытия – грядет, словами Л. Бинсвангера, «подлинная антропология». Сегодня она начинает активно заявлять о себе, через обращение исследователей, практических психологов и психотерапевтов к жизненным отношениям человека, в которых воплощаются ценностно-смысловые измерения становящейся человеческой бытийности, не вмещающейся в традиционные объяснительные схемы. Вместе с тем в предметное поле современной психологии необходимо включать формы и механизмы самоутраты, стратегии фальсификации потенциальных возможностей, способы и средства имитации жизненных отношений, которыми в ассортименте сегодня располагает человек, по-прежнему спасающийся, как говорил М. Хайдеггер, бегством от мышления.

Список литературы:

1. Барт Р. Избранные работы: Семиотика: Поэтика: пер. с фр. / Сост., общ. ред. и вступ. ст. Г. К. Косикова. – М.: Прогресс, 1989. – 616 с.
2. Бинсвангер Л. Бытие-в-мире. Введение в экзистенциальную психиатрию. – М.: «КСП+», СПб: «Ювента», 1999. – 300 с.
3. Бодрийяр Ж. Прозрачность Зла. – М.: Добросвет, 2000. – 300 с.
4. Братусь Б.С. К проблеме человека в психологии // Вопросы психологии. – №5. – 1997. – С. 3-19.
5. Буюкас Т.М. Феноменология смысла: смысл как зов души // Московский психотерапевтический журнал. – № 2. – 2009. – С. 94-109.
6. Галажинский Э.В., Клочко В.Е. Категория «отношение» в психологии в свете парадигмальной динамики науки // Мир психологии. – № 4 (68). – 2011. – С. 14–31.
7. Кабанова И.В. Зарубежная литература. Постмодернизм. Структура постмодернистского текста. URL : // 17v-euro-lit.niv.ru/17v-euro-lit/kabanova/postmodernizm.htm (дата обращения: 23. 11. 2015).
8. Клочко В.Е., Галажинский Э.В., Краснорядцева О.М., Лукьянов О.В. Modern Psychology: System Anthropological Approach // European Journal of Psychological Studies. – 2014. – Т. 4, № 4. – С. 142-155.
9. Лэйнг Р.Д. Феноменология переживания; Райская птичка; О важном / Перевод с английского. – Львов: Инициатива, 2005. – 352 с.
10. Мамардашвили М.К. Психологическая топология пути. – Санкт-Петербург : Изд-во Русского Христианского гуманитарного института, 1997. – 576 с.
11. Нелюбин Н.И. Психологическое здоровье в поиске новых эталонов и патология «нормального человека» в зеркале повседневности // Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жиз- ненный потенциал: Материалы Всерос. науч.-практ. конф. с между- нар. уч./ гл. ред. И. О. Логинова. – Красноярск: Версо, 2013. – С 13-20.
12. Ортега-и-Гассет Х. Миссия университета. / Пер. с исп. М.Н. Голубевой; ред. перевода А.М. Корбут; под. общ. ред. М.А. Гусаковского. – Минск: БГУ, 2005. – 104 с.
13. Рубинштейн С.Л. Принцип творческой самодеятельности // Вопросы психологии – №4. 1986. – С. 101-107.
14. Хиллман Дж. Внутренний поиск: пер. с англ. – М.: Когито-Центр, 2004. – 335 с.

УДК 159.923

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ КАК ЧАСТЬ ИМИДЖА

Е.В.Семенова

ФГБОУ ВО Вологодский государственный университет, Вологда, Россия

На современном этапе развития общества особое внимание уделяется здоровому образу жизни. Состояние здоровья является важнейшим слагаемым здорового потенциала нации и имеет приоритетное значение.

Также в последнее время в современной культуре позитивный имидж и сознательно формируемый позитивный имидж становятся важными составными частями человека XXI века.

Понятие «имидж» (англ. image, от лат. Imago — образ) (12, С. 393) получило широкое использование в самых разных областях знания: социологии, психологии, политологии, антропологии, культурологии, лингвистике. По объему и содержанию оно является междисциплинарным, представлено в категориальном поле ряда наук и интерпретируется в соответствии с их особенностями, целями и задачами. При этом в

сознании современного человека все более закрепляется понимание имиджа как определенной ценности, от наличия и качества которой зависит жизненный успех и успешность любой деятельности. Имидж создается (пропагандой, рекламой) с целью формирования в массовом сознании определенного отношения к объекту и может сочетать как реальные свойства объекта, так и несуществующие, приписываемые ему.

В настоящее время в специальной литературе можно встретить множество определений имиджа. Ученые и практики включают в это понятие не только внешность человека, но и его социально-психологические особенности. Под имиджем обычно понимают образ, возникший в результате восприятия внешних и внутренних характеристик человека.

Лишь отдельные специалисты, которые в своей практической деятельности занимаются созданием привлекательной внешности клиента, употребляют термин «имидж», подразумевая под ним прическу и стиль одежды.

В.М. Шепель дает такое определение: «Имидж – индивидуальный облик или ореол, создаваемый средствами массовой информации, социальной группой или собственными усилиями личности в целях привлечения к себе внимания» (Шепель, 2002, С.79).

«Имидж – образ социально-профессиональной роли (ролевого комплекса), который конструируется личностью, представляется в процессе взаимодействия партнерам и контролируется исполнителем и общественностью. Это образ роли, в котором исполнитель стремится предстать перед партнерами и быть принятым ими» (Попова, 2007, С.7).

Таким образом, можно сделать вывод, что имидж это целостное представление о ком-либо, которое остается в сознании людей, в их памяти. Так же имидж есть продукт внутренней работы личности по выстраиванию образа себя.

Имидж имеет символическую природу, то есть представляет собой совокупность символов, которые интерпретируются и «домысливаются» в процессе их восприятия аудиторией, исходя из ее социального опыта. В связи с этим при создании имиджа необходимо учитывать, каким образом тот или иной его элемент может быть воспринят общественностью (Перелыгина, 2002).

Если речь идет об индивидуальном имидже, то его составляющими являются все воспринимаемые проявления человека: внешность, поведение, события, характеризующие его, формирующие представление о его ценностях.

Совокупность всех данных внешности – телосложение, рост, цвет волос, цвет кожи, состояние здоровья, прическа, одежда, макияж, аксессуары так или иначе создают основу для формирования впечатления при первой встрече.

В практике создания имиджа принято выделять пять составляющих с точки зрения образующих его факторов: средовой имидж, габитарный (от лат. *habitus* - "внешность, внешний вид"), вербальный, кинетический (совокупность мимических движений и жестов) и овеществленный имидж (предметы и вещи, несущие на себе следы нашей деятельности) (Почепцов, 2000). Самым впечатляющим является габитарный имидж – внешность, ухоженность и общее состояние здоровья. Здоровье и здоровый образ жизни относится к базовым ценностям, формирующим личность любого здравомыслящего человека.

Здоровье является одной из важнейшей потребности человека. Оно определяет способность человека к труду, обеспечивает гармоничное развитие личности. Здоровье является естественной, абсолютной, непреходящей жизненной ценностью. Здоровый образ жизни человека несовместим с вредными привычками (курение, употребление алкоголя, наркотиков), а так же нарушение режима сна и отдыха, эмоциональные переживания.

Кроме того, главное в здоровом образе жизни – это активное творение здоровья, включая все его компоненты. Понятие здорового образа жизни гораздо шире, чем отсутствие вредных привычек, в него также входит система отношений к себе, к другому человеку, к жизни в целом, а также осмысленность бытия, жизненные цели, ценности и т.д. При этом представление о здоровье и здоровом образе жизни всецело зависит от реального участия человека в процессе сохранения и укрепления здоровья.

Здоровье – это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или физических дефектов (11).

По мнению Ю.П.Лисицына, образ жизни – это определенный, исторически обусловленный тип, вид жизнедеятельности или определенный способ деятельности в материальной и нематериальной (духовной) сферах жизнедеятельности людей. Так же в понятие «образ жизни» Ю.П.Лисицын включает важный фактор – медицинскую активность, рассматривая её в трех аспектах:

1. характер активности людей – интеллектуальное, физическое;
2. сферы активности – трудовая, внетрудовая;
3. виды (формы) активности – производственная, социальная, культурная (образовательная), деятельность в быту, физическая и медицинская (Лисицын, 1982).

По мнению Б.А.Воскресенского, понятие «здоровый образ жизни» включает в себя правильно организованный физиологически оптимальный труд, нравственно-гигиеническое воспитание, психогигиену, физкультуру, закаливание, активный двигательный режим, продуманную организацию досуга, отказ от вредных привычек и экологическое воспитание (Воскресенский, 1987).

Здоровый образ жизни – это активная деятельность людей, направленная в первую очередь, на сохранение и улучшение здоровья (5).

Наиболее полным нам представляется определение здоровья, данное В.В.Колбановым: Здоровье человека – это континуум (сменяемость и протяженность во времени) естественных состояний жизнедеятельности, характеризующийся способностью организма к совершению саморегуляции, поддержанию гомеостаза, самосохранению и самосовершенствованию соматического и психического статуса, при оптимальном воздействии органов и систем, адекватном приспособлении к изменяющейся окружающей среде (физической, биологической, социальной), использовании резервных и компенсаторных механизмов в соответствии с фенотипическими потребностями и возможностями выполнения биологических и социальных функций. Отсутствие какого – либо из перечисленных признаков означает частичную или полную утрату здоровья. Полная утрата здоровья несовместима с жизнью.

В.В.Колбанов выделяет ряд факторов, влияющих на здоровье:

1. Индивидуальный потенциал здоровья человека (иммунитет, статус питания, осознания своего «Я», положительное отношение к здоровью, адекватные знания, способность противостоять стрессу, эмоциональная устойчивость, физическая форма, способность к самозащите).
2. Поведение (учеба/работа и рекреация, привычки, еда, питье, подвижность, отношение к социуму, стресс, возбуждающие средства).
3. Социокультурная система (семья, соседи, место учебы/работы, среда досуга, СМИ, службы здоровья).
4. Социально – экономические и политические условия (материальные ресурсы, доход, социальная безопасность, образование).
5. Физико – биологическая среда (природа, климат, жилище, рабочее место, связь, транспорт, вода, отходы, пища, товары) (Колбанов, 1998).

Таким образом, здоровый образ жизни – это деятельность человека направленная на сохранение и развитие своего здоровья посредством выполнения комплекса мер и принципов для соответствия общепринятым социальным нормам и возможности выполнения своих социальных функций.

Основными показателями здорового образа жизни являются отсутствие вредных привычек, двигательная активность, рациональное питание, стрессоустойчивость, стремление к духовно-нравственному совершенствованию и к реализации творческого потенциала, контроль за средой жизнедеятельности, оздоровительные процедуры, медицинский контроль, соблюдение правил личной и общественной гигиены, контроль сексуальных взаимоотношений и межличностных отношений, овладение приемами психической саморегуляции.

Никакие пожелания, приказы, наказания не могут заставить человека вести здоровый образ жизни, охранять и укреплять собственное здоровье, если человек сам не будет сознательно формировать собственный стиль здорового поведения. Для сохранения и восстановления утраченного здоровья человек должен совершать действия, для каждого действия нужен мотив, а совокупность мотивов составляет мотивацию (мотивация – это побуждение, вызывающее активность организма и определяющее направленность этой активности).

Какие же мотивации лежат в основе формирования стиля здоровой жизни?

1. Самосохранение. Если человек знает, что какое-то действие угрожает жизни, он это действие не совершает. Мотивация: "Я не совершаю определенные действия, так как они угрожают моему здоровью и жизни".

2. Подчинение этнокультурным требованиям. Человек живет в обществе, которое на протяжении длительного времени отбирало полезные привычки, навыки, вырабатывало систему защиты от неблагоприятных факторов внешней среды. Мотивация: "Я подчиняюсь этнокультурным требованиям потому, что хочу быть равноправным членом общества, в котором живу. От моего здорового образа жизни зависят здоровье и благополучие других".

3. Получение удовольствия от самосовершенствования. Мотивация: "Ощущение здоровья приносит мне радость, поэтому я делаю все, чтобы испытать это чувство".

4. Возможность для самосовершенствования. Мотивация: "Если я буду здоров, я смогу подняться на более высокую ступень общественной лестницы".

5. Способность к маневрам (изменениям). Мотивация: "Если я буду здоров, то смогу по своему усмотрению изменять свою роль в обществе и свое местонахождение".

6. Сексуальная реализация. Мотивация: "Здоровье дает мне возможность для сексуальной гармонии".

7. Достижение максимально возможной комфортности. Мотивация: "Я здоров, меня не беспокоит физическое и психологическое неудобство" (2).

В настоящее время принято выделять несколько компонентов здоровья (Петленко, 1998; Попов, 1997):

Соматическое здоровье – объективное состояние органов и систем организма человека. Основу соматического здоровья составляет биологическая программа индивидуального развития человека.

Физическое здоровье – уровень развития функциональных возможностей организма. Основу физического здоровья составляют морфологические и функциональные резервы клеток, тканей, органов, обеспечивающие приспособление организма к воздействию различных факторов.

Психическое здоровье – состояние психической сферы человека. Основу психического здоровья составляет состояние общего душевного комфорта, обеспечивающее адекватную регуляцию поведения.

Сексуальное здоровье – комплекс соматических, эмоциональных, интеллектуальных и социальных аспектов сексуального существования человека.

Нравственное здоровье – комплекс характеристик мотивационной и потребностно-информационной основы жизнедеятельности человека. Основу нравственного компонента здоровья человека определяет система ценностей, установок, мотивов поведения индивида в социальной среде. Этот компонент связан с общечеловеческими истинами добра, любви, красоты и в значительной мере определяется духовностью человека, его знаниями и воспитанием.

Совершенно очевидно, что понятие «здоровье» имеет комплексный характер. Каждый образованный человек должен, если не досконально знать, то хотя бы иметь представление о своем организме, об особенностях строения и функциях различных органов и систем, своих индивидуально психологических особенностях, способах и методах коррекции своего состояния, своей физической и умственной работоспособности.

Также стоит отметить, что образ жизни человека включает в себя три категории: уровень жизни, качество жизни и стиль жизни.

Уровень жизни — степень удовлетворения основных материальных и духовных потребностей: возможности потребления тех или иных продовольственных и промышленных товаров, обеспеченность здравоохранением, жилищными и культурными условиями, т. е. количественный аспект удовлетворения потребностей.

Качество жизни отражает степень удовлетворения содержательных потребностей (мотивации жизни, комфортность труда и быта, качество питания и условия приема пищи, качество одежды, жилья и т. п.), которые проявляются в возможностях самоутверждения, самовыражения, саморазвития и самоуважения.

Стиль жизни — это определенный тип поведения личности или группы людей, фиксирующий устойчиво воспроизводимые черты, манеры, привычки, вкусы, склонности, характеризующие ее относительно самостоятельность и способность построить себя как личность в соответствии с собственными представлениями о полноценной, содержательной в духовном, нравственном и физическом отношении жизни.

Таким образом, работая над своим имиджем, т.е. создавая своеобразный публичный портрет, человек показывает лучшие качества, создает ореол привлекательности, при этом здоровье (как физическое, так и психическое) служит визитной карточкой, что позволяет установить доброжелательные отношения, привлечь к себе внимание, зарекомендовать себя как конкурентноспособную личность как на рынке труда, так и в обществе.

Список литературы:

1. Воскресенский, Б.А. Здоровый образ жизни и гигиеническое воспитание подростков и молодежи / Б.А.Воскресенский. – М., 1987. – 208с.
2. Здоровый образ жизни: определение, составляющие, мотивации к формированию [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.med-prof.ru/prop7.html> (18.11.2015)
3. Колбанов, В. В. Валеология: основные понятия, термины и определения / В. В. Колбанов. – СПб. : ДЕАМ, 1998. – 232 с.
4. Лисицын Ю. П. Образ жизни и здоровье населения / Ю. П. Лисицын. – М., 1982. – 40 с.
5. Малая медицинская энциклопедия: В 6-ти т. АМН СССР – Т.2 – М.: Советская энциклопедия. – 1991. – 560с.
6. Перельгина Е.Б. Психология имиджа. – М.: Аспект Пресс, 2002. – С. 28–51.
7. Петленко, В.П. Этюды валеологии. Здоровье как человеческая ценность / В.П. Петленко, Д.Н. Давиденко. – СПб., 1998. – с. 7-103.

8. Попов, С.В. Валеология в школе и дома (о физическом благополучии школьников) / С.В. Попов. – СПб.: Союз, 1997. – 256 с.
9. Попова О.И. Имидж преподавателя вуза: проблема трансформации в современной России: автореф. дис. ... канд. соц. наук. 22.00.04. – Екатеринбург, 2007.
10. Почепцов, Г.Г. Имиджелогия / Г.Г. Почепцов. – М.:Рефл-бук, 2000. – 768 с.
11. Российская социологическая энциклопедия / Под общ.ред. академика РАН Г.В.Осипова, 1998. – 670с.
12. Толковый словарь русского языка начала XXI века. Актуальная лексика / под ред. Г.Н.Скляревской М.:Эксмо, 2006.
13. Шепель В.М. Имиджелогия. Как нравиться людям. – М.: Народное образование, 2002. –С576.

УДК 159.923

**СПЕЦИФИКА ВЗАИМОСВЯЗИ ЦЕННОСТНОГО ОТНОШЕНИЯ К
ЗДОРОВЬЮ И ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ
СТУДЕНТОВ РАЗЛИЧНОГО ПРОФИЛЯ ОБУЧЕНИЯ**

М.В. Сокольская, Е.А. Левкова

ФГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный университет путей сообщения»,
Хабаровск, Россия

Проблема отношения личности к здоровью напрямую связана с вопросами качества жизни, в связи с чем имеет высокий уровень актуальности и практической значимости.

В 1948 году Всемирная организация здравоохранения определила здоровье как «состояние полного физического, психического и социального благополучия, не только отсутствие болезней или физических дефектов». Благополучие касается всех аспектов жизни человека - необходимо гармоничное сочетание социальной, физической, интеллектуальной, эмоциональной и духовной составляющих и ни одной из них нельзя пренебрегать, если речь идет о здоровье и благополучии.

Очевидна динамика в отношении к пониманию здоровья: от утверждения, что здоровье - это отсутствие болей, к более сложной, комплексной точке зрения, предполагающей, что хорошее состояние здоровья индивидуума и его жизненное благополучие - есть отражение удовлетворения его потребностей и его адаптации в физической, психологической и социальной сферах, уровень качества его жизни.

Отношение к здоровью представляет собой систему индивидуальных, избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующими или, напротив, угрожающими здоровью людей, а также определенную оценку индивидом своего психического и физического состояния.

Конкретные виды отношения к здоровью находят своё проявление в действиях, поступках, переживаниях, суждениях людей относительно факторов, влияющих на их психическое, физическое и социальное благополучие. Критерием меры адекватности отношения к здоровью является степень соответствия действий и поступков человека требованиям здорового образа жизни, а также нормативно предписанным требованиям медицины и гигиены. Что касается вербально реализуемых мнений и суждений относительно форм здорового поведения, то критерием их адекватности может выступать уровень осведомленности или компетентности индивида. Соответствие самооценки индивида психическому, физическому и социальному состоянию своего здоровья, так же

является одним из критериев адекватности отношения к здоровью (Сокольская М.В., 2007).

Никифоров Г.С. отмечает следующее: «Существует возрастная динамика значимости здоровья. Его приоритетная роль чаще всего отмечается представителями среднего и особенно старшего поколения, когда возникают реальные проблемы в области собственного здоровья. Молодые люди относятся к здоровью как к чему-то достаточно важному, но абстрактному, не имеющему к ним прямого отношения. В их иерархии ценностей доминируют материальные блага, карьера. Если они и уделяют внимание здоровью, то преимущественно его физической составляющей» (Никифоров Г.С., 2002).

Существует множество точек зрения относительно специфики восприятия человеком своего здоровья.

- Одна из проблем в том, что здоровый человек не замечает своего здоровья, воспринимает его как естественную данность, как само собой разумеющийся факт, не видя в нем предмета особого внимания. В состоянии полного физического и психического благополучия потребность в здоровье как бы не замечается человеком, выпадает из его поля зрения. Он верит в его нерушимость и не считает нужным предпринимать какие-то специальные действия по сохранению и укреплению здоровья.
- Здоровье приобретает актуальную жизненную необходимость, особую значимость тогда, когда оно уже нарушено.
- В основе нездорового поведения нередко лежит феномен «нереалистичного оптимизма». Его формированию способствуют определенные психологические факторы: отсутствие личного опыта болезни; вера в то, что если проблема (заболевание) не появилось, то она не появится и в будущем; вера в то, что если проблема и появится, то с ней можно будет справиться, предприняв соответствующее действие (принять лекарство, сходить к врачу).
- Довольно типичной является ситуация, когда люди, отягощенные болезнями, остро их ощущая, не предпринимая действенных мер, не проявляют должной активности, направленной на их устранение.
- Одна из причин пассивного отношения к здоровью кроется в недостатке необходимых знаний о нем, о способах его формирования, сохранения и укрепления.

Панкратов В.Н. приводит следующие специфические особенности восприятия здоровья (Панкратов В.Н., 2001):

- Центральным понятием в определении здоровья является субъективное благополучие личности, а не узкое понимание здоровья.
- Многие факторы, приводящие к дискомфорту, напряжению, достаточно точно идентифицируются личностью как стрессоры. Об этом говорит значительная согласованность субъективных оценок своего настроения с осознанием их вероятностных причин.
- В житейских ситуациях, в повседневном самонаблюдении далеко не всегда люди способны достаточно точно осознавать действительные причины изменения самочувствия, состояния здоровья.
- Понимание своего состояния как здорового или болезненного обусловлено целым рядом факторов социальной и психологической природы. Оно во многом зависит от психологической компетентности личности, обусловленной особенностями психологической культуры того социума и этноса, к которому принадлежит человек. Здоровье входит в число основных понятий (ценностей), на которых строится понимание смысла жизни.

- Здоровье как ценность включено в общую структуру ценностных ориентаций, но доступность освоения жизненных ценностей в сознании личности весьма слабо связана с собственным здоровьем. И как ценность сама по себе, и, как достижимая цель, здоровье тесно связано с духовными ценностями.

В представлении людей здоровье - несомненная ценность, это доказывают всевозможные исследования ценностных ориентаций личности (Васильева О.С., Демченко Е.А., 2001; Владимирова Е.К., 2001; Кирилова Н.А., 2000; Сокольская М.В., 2004 и др.), но, несмотря на это, человек не относится к здоровью как к ценности. Очевидно противоречие: *отношение к здоровью является нездоровым*, которое требует, по меньшей мере, внимания ученых и практиков.

В настоящее время в науке осуществляется интенсивный поиск и разработка новых измерителей состояния здоровья населения, дополняющих такие традиционные его индикаторы, как заболеваемость и смертность. В ряду этих новых измерителей оценки качества жизни занимают одно из первых мест.

Качество жизни напрямую связано со здоровьем нации: хорошее здоровье является главным ресурсом социального, экономического и индивидуального развития, а также важнейшим параметром качества жизни (Зараковский Г.М., 2009).

Учёными Санкт-Петербургских вузов исследованы зависимости качества жизни от образования, семейного положения, материального благосостояния, жилищных условий, трудовой занятости респондентов:

- Образование, семейное положение респондента и количество детей в семье не оказывают значимого влияния на качество его жизни.
- Опрошенные, с низким уровнем доходов, имеют в среднем и более низкие значения показателей качества жизни.
- Качество жизни людей зависит от условий их проживания (Никифоров Г.С., 2002).

В настоящей работе качество жизни рассматривается как многомерное понятие, которое включает не только сферу здоровья, но и сферу социальных взаимоотношений, уровень независимости (уровень подвижности, работоспособность и т.д.), духовную сферу (Зараковский Г.М., 2009).

Цель исследования: изучить взаимосвязь ценностного отношения к здоровью и субъективной оценки качества жизни студентов.

В исследовании приняли участие 60 студентов Хабаровских вузов: медицинского и железнодорожного университетов (ДВГМУ и ДВГУПС) I-х и IV-х курсов в возрасте от 17 до 21 года. В ДВГУПС к участию в исследовании были приглашены студенты гуманитарного института и института управления и автоматизации на транспорте.

Респондентам были предложены: методика исследования ценностных ориентаций М. Рокича и опросник всемирной организации здравоохранения качество жизни (ВОЗКЖ-100, 1998), который позволяет измерить индивидуальное восприятие респондентами своей жизни в тех ее областях, которые связаны со здоровьем.

Анализ корреляционной связи между ценностью «здоровье», как терминальной ценностью, и ценностями-средствами «ценностного ядра» иерархической структуры ценностей показал, что у будущих врачей коэффициент корреляции между здоровьем и аккуратностью составил $r = -0,14$, между здоровьем и образованностью $r = 0,14$, между здоровьем и воспитанностью $r = -0,11$, т.е. наибольший уровень прямой зависимости внутри «ценностного ядра» у студентов ДВГМУ наблюдается между ценностями «здоровье» и «образованность», хотя данный количественный показатель позволяет говорить о зависимости только на уровне тенденции.

Проявление отношения к собственному здоровью у будущих врачей реализуется посредством приобретенных знаний в области медицины, чтения научной литературы по

вопросам здоровья. Высокий уровень информированности в области физиологического здоровья у студентов ДВГМУ очевиден.

Корреляционная связь у будущих железнодорожников выявилась: между здоровьем и независимостью ($r=-0,19$), между здоровьем и жизнерадостностью ($r = -0,47$), здоровьем и смелостью в отстаивании своего мнения и взглядов ($r= 0,12$). Сила корреляционной связи слабая. Степень реализованности здоровья составила 75,9%, смелостью в отстаивании своего мнения и взглядов студенты удовлетворены на 73,6%. Можно предположить, что здоровье в структуре ядра ценностей у студентов ДВГУПС в большей степени проявляется в деятельности и коммуникативной активности.

Полученные результаты характеризуют специфику ценностного отношения к здоровью студентов в зависимости от профессиональной направленности. Выявлены три типа сочетаемости базовой ценности «здоровье» и инструментальной ценности в структуре «ценностного ядра» (выбор производился по силе прямой корреляционной связи между ценностями): «здоровый» - «смелый» (ДВГУПС, гуманитарный факультет); «здоровый» - «образованный» (ДВГМУ); «здоровый» - «честный» (ДВГУПС, УАТ).

Для реализации цели исследования необходимо представить результаты по методике ВОЗЖ-100, которая позволяет выявить общую количественную оценку качества жизни, субъективную оценку качества жизни, степень удовлетворенности качеством жизни и выявить степень удовлетворенности здоровьем.

Общая оценка качества жизни QL студентов ДВГМУ составила 15,8 баллов; субъективная оценка качества жизни $G = 14,9$; удовлетворенность качеством своей жизни $G2=30,5$; удовлетворенность здоровьем $G4 = 30,5$.

Общая оценка качества жизни QL у студентов ДВГУПС (гуманитарный факультет) составила 15,5 баллов; субъективная оценка качества жизни $G = 15,3$; удовлетворенность качеством своей жизни $G2=31,25$; удовлетворенность здоровьем $G4 = 30,5$.

Общая оценка качества жизни у студентов ДВГУПС (УАТ) составила 14,9 баллов (QL = 14,9); субъективная оценка качества жизни $G = 14,9$; удовлетворенность качеством своей жизни $G2=26,8$; удовлетворенность здоровьем $G4 = 29,3$.

Общая оценка по всем предложенным показателям у студентов ДВГУПС (УАТ) несколько ниже, чем у других студентов.

По общему профилю качества жизни наиболее низкие показатели выявлены в субсфере «сексуальная активность». Данная субсфера отражает степень, в которой индивид способен выражать свои сексуальные желания и подходящим для себя образом удовлетворять их, получая при этом удовольствие. Вопросы исключают оценочные суждения относительно секса и касаются только того, каким образом сексуальная активность индивида влияет на качество его жизни. Эта сфера тесным образом связана со сферой личных отношений.

Субсфера «личные отношения» имеет более высокий показатель, но в общем списке занимает средний, ближе к низкому уровень. Данная субсфера исследует выраженность способности людей чувствовать дружелюбие, любовь и поддержку. Она включает способность и возможность любить, быть любимым, устанавливать и поддерживать эмоциональную и физическую, за исключением чисто сексуальной близости с другими людьми.

Самый низкий бал оценки отмечен в субсфере «Финансовые ресурсы», которая исследует точку зрения индивида на то, каковы его финансовые ресурсы и степень, в которой они удовлетворяют его потребности в здоровом и комфортабельном образе жизни.

Невысокую оценку получила субсфера «Свобода и безопасность». Вопросы данной сферы исследуют степень, в которой индивид чувствует существование неких ресурсов,

которые обеспечивают или могут обеспечить ему чувство безопасности и защищенности. Угроза свободе, безопасности и защищенности может происходить из любого источника.

Большой интерес в контексте данного исследования представляет субсфера «Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)». Вопросы ориентированы на то, как человек воспринимает доступность этих служб, так же как качество и полноту той помощи (заботы), которую он получает или ожидает получить, если она ему потребуется. Данная субсфера также получила невысокие оценки.

Высокие показатели выявлены в субсфере «Подвижность», характеризующая общую способность индивида к передвижению, независимо от того, какие средства он для этого использует. Субсфера «Зависимость от лекарств/лечения» исследует зависимость индивида от медицинского или альтернативного (например, фитотерапия) лечения, применяемого для поддержания его физического и психологического благополучия на желаемом уровне.

Субсфера «Практическая социальная поддержка» исследует, в какой степени индивид чувствует поддержку, облегчение и возможность получить практическую помощь со стороны семьи и друзей.

Анализ общих результатов исследования позволил выявить следующую закономерность: иерархия ценностей высшего порядка по методике М. Рокича студентами ДВГУПС (УАТ) была определена следующим образом (в порядке убывания): любовь, здоровье, наличие хороших и верных друзей, свобода; но при этом по методике ВОЗКЖ-100 наименьшие оценки получили следующие субсферы: сексуальная активность, личные отношения, свобода и безопасность, финансовые ресурсы, медицинская и социальная помощь. Исследованиями установлено, что приоритетные ценности-цели, как долговременные, базовые перспективы, устремления личности, в большей степени и влияют, и отражают уровень качества жизни. В данном случае эти субсферы получили наиболее низкие оценки. Возможно, полученный результат – это следствие завышенного уровня притязаний будущих железнодорожников, но, с другой стороны, это и наличие конфликтной ситуации между «тем, что и имею и тем, чего хочу».

При статистической обработке результатов студентов ДВГУПС (УАТ) коэффициент ранговой корреляции Спирмена между ценностью здоровье и параметром «качество жизни» составил $r=0,07$ - очень слабая корреляция; ценностью «здоровье» и удовлетворенностью здоровьем $r=0,06$ - очень слабая корреляционная зависимость. В данном случае, взаимосвязь между переменными «здоровье» и «качество жизни» и ценностью «здоровье» и «удовлетворенность здоровьем» прослеживается только на уровне тенденции. Это может быть следствием более низкого общего и субъективного показателей качества жизни у студентов ДВГУПС. Можно предположить, что качество жизни у данной группы студентов зависит от ряда других составляющих качества жизни. Высказанное предположение в представленной работе не исследовалось.

Результаты исследования студентов ДВГУПС гуманитарного факультета по методике ВОЗКЖ-100 выявили самые низкие показатели по субсферам: F22=12,7 "Окружающая среда"; "Свобода и безопасность" F16=12,7; "Финансовые ресурсы" F18=12,9; "Сексуальная активность" F15=13,5; «Медицинская и социальная помощь» F=13,7. Субсфера «Окружающая среда» исследует то, как индивид воспринимает окружающую среду: шум, загрязнение, климат и общие эстетические характеристики окружающей среды - влияют ли они на качество жизни, улучшая или ухудшая его.

Анализ общих результатов исследования студентов ДВГУПС (гуманитарный институт) подтвердил, как системную, закономерность, выявленную в предыдущей группе респондентов: ценности высшего статуса «любовь», «здоровье», «материально обеспеченная жизнь» имеют самые низкие показатели в пересекающихся субсферах:

"Сексуальная активность", "Финансовые ресурсы", "Окружающая среда", "Медицинская и социальная помощь", хотя в данной группе показатели менее выражены.

При статистической обработке результатов студентов ДВГУПС (гуманитарный факультет) коэффициент ранговой корреляции Спирмена между ценностью "здоровье" и параметром "качество жизни" составил $r=0,48$ - умеренная корреляция, ценностью «здоровье» и удовлетворенностью здоровьем $r=0,24$ - слабая корреляционная связь. Таким образом, выявлена взаимосвязь между переменными: ценность «здоровье» и оценка качества жизни; ценность «здоровье» и удовлетворенность здоровьем у студентов гуманитарного факультета ДВГУПС.

Студенты ДВГМУ низкими оценками выделили субсферы: "Медицинская/социальная помощь" $F=11,1$, "Финансовые ресурсы" $F=10,9$, и "Окружающая среда вокруг" $F=13$.

Высокие показатели получили субсфера «Подвижность» $F=18,9$, «Работоспособность» $F=19,3$. При сравнении результатов по двум методикам обнаруживается сходство со студентами ДВГУПС гуманитарного факультета.

Коэффициент ранговой корреляции Спирмена по результатам двух методик между ценностью здоровье и параметром "качество жизни" составил $r=0,51$ - средняя корреляция, ценностью "здоровье" и удовлетворенностью здоровьем $r=0,32$ - умеренная сила корреляционной связи. Данные показатели являются самыми высокими при сравнении трех групп студентов и говорят о тесной взаимозависимости между сравниваемыми переменными.

Таким образом, на качественном и количественном уровнях показана взаимосвязь переменных: ценность «здоровье» и качество жизни; ценность «здоровье» и удовлетворенность здоровьем.

Результаты проведенного исследования позволяют сделать следующие *выводы*:

Анализ ранговой структуры ценностных ориентаций студентов независимо от профессиональной направленности позволил отнести здоровье к базовым ценностям.

Сфера профессионального выбора влияет на иерархическое распределение ценностей.

Выявлено три типа сочетаемости ценности-цели (здоровье) и ценности-средства в структуре "ценностного ядра" (выбор производился по силе корреляционной связи между ценностями) здоровый - смелый (ДВГУПС, гуманитарный факультет); здоровый - образованный (ДВГМУ); здоровый - честный (ДВГУПС, технический факультет).

Выявлены высокие показатели субъективной оценки качества жизни, удовлетворенности качеством жизни, удовлетворенности здоровьем, при этом субъективная оценка качества жизни практически совпала с общей оценкой качества жизни.

При качественном анализе и сопоставлении результатов выявлена закономерность: ценности-цели, получившие самый высокий рейтинг в иерархической структуре ценностей, имеют наименьшую оценку как жизненные сферы. Данная зависимость может быть обусловлена тем, что предпочитаемые ценности-цели являются стратегическими, а низкая степень удовлетворенности им как жизненными сферами в настоящем говорит о высоком уровне притязаний современных студентов.

И, наверное, главный вывод, который можно сделать на основании полученных результатов: данное пилотное исследование поставило больше вопросов, чем получило ответов, что характеризует выбранное направление как перспективное для научного поиска.

Список литературы:

1. Васильева О.С., Демченко Е.А. Изучение основных характеристик жизненной стратегии человека. // Вопросы психологии, 2001. - №2. - С.74-85.
2. Владимирова Е.К. Исследование ценностных ориентаций личности. // Вопросы психологии, 2001. - №4.
3. Зараковский, Г.М. Качество жизни населения России: Психологические составляющие / Г.М. Зараковский. - М.: Смысл, 2009. – 319 с.
4. Использование опросника качества жизни. Версия ВОЗ в психиатрической практике. Пособие для врачей и психологов. Министерство Здравоохранения Российской Федерации Санкт-Петербургский научно-исследовательский Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. – СПб., 1998. – 53 с.
5. Кирилова Н.А. Ценностные ориентации в структуре интегральной индивидуальности старших школьников. // Вопросы психологии, 2000. - №4.
6. Никифоров Г.С. Психология здоровья. Учебное пособие. – С.-Пб.: Речь, 2002. – 256 с.
7. Панкратов В.Н. Саморегуляция психического здоровья: практическое руководство. - М., Изд-во института Психотерапии, 2001. – 352 с.
8. Сокольская, М.В. Личностное здоровье человека (теоретический аспект) / М.В. Сокольская. – Хабаровск: Изд-во ДВГУПС, 2007. – 204 с.
9. Сокольская, М.В. Ценностные ориентации в структуре личности и деятельности подростков / М.В. Сокольская. – Хабаровск; Изд-во ДВГУПС, 2004. – 119 с.

УДК 159.923

ОСМЫСЛЕННОСТЬ ЖИЗНИ КАК ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Н.И. Трубникова, В.Е. Трубников

ФГБОУ ВПО «Алтайская государственная академия образования имени В.М. Шукшина»,
Бийск, Россия

Интерес к проблеме здоровья и здорового образа жизни в последнее время растет. Это не случайно, ведь здоровье важнейший ресурс жизнедеятельности человека. Серьезные нарушения в этой сфере влекут за собой изменения в привычном образе жизни. Здоровье — это весьма сложный, системный по своей сущности феномен (Никифоров, 2006, с. 9). Проблема здоровья носит выраженный комплексный характер. На ее изучении сосредоточены усилия многих научных дисциплин.

Одной из составляющих здоровья является психологическое здоровье человека. Психологическое здоровье - необходимое условие полноценного функционирования человека в социуме, что определяет неразделимость телесного и психического. Поэтому не случайно, проблема психологического здоровья также привлекает внимание многих исследователей из самых разных областей науки и практики: психологов, педагогов, социологов и др.

Кроме того, нельзя не отметить, что одним из современных ориентиров образования выступает создание условий для полноценного развития субъектов образовательного процесса. Говоря о полноценности развития, многие современные исследователи связывают его с понятием «психологическое здоровье», как цели и критерия успешности личностного развития человека (И.В. Дубровина, Л.С. Колмогорова, Л.М. Митина и др.).

Современная жизнь предъявляет высокие требования как к взрослым, так и к детям. Современные социо-экономические условия характеризуются нестабильностью и

неопределенностью, увеличивается поток неоднозначной информации, убыстряется темп жизни. В таких условиях особо актуальна проблема поиска ресурсов для преодоления стрессовых ситуаций, для повышения собственной эффективности. Бесспорно, что таким ресурсом является здоровье, в частности психологическое здоровье человека (М.Р. Битянова, И.В. Дубровина, Г.В. Залевский, Н.В. Козлова, Л.С. Колмогорова, Л.М. Митина и др.).

В настоящее время получило широкое признание представление о здоровье как системном качестве человека. Такое определение здоровья вытекает из понимания человека как единого целого, как системы (С. Гроф, Г. Олпорт, К. Роджерс, Э. Эриксон и др.). Эти авторы связывают здоровье с определенным уровнем интегрированности личности. Данное определение здоровья очень созвучно с понятием психологического здоровья человека. Термин «психологическое здоровье» является относительно новым для психологической науки и характеризует всю личность в целом. Говоря об умственном, психическом, физическом развитии и здоровье, мы подчас забываем о духовном развитии человека, а «духовное – это то, что отличает человека, что присуще только ему и ему одному» (Франкл, 1990, с. 93).

В связи с этим, на наш взгляд, весьма интересным является подход к проблеме психологического здоровья с точки зрения полноты и богатства личности: А. Адлер, Ш. Бюллер, И.В. Дубровина, А. Маслоу, С.Л. Рубинштейн, В. Франкл, Э. Эриксон и др.

Так, А. Маслоу считал, что важнейшими составляющими психологического здоровья являются стремления людей быть «всеми, чем они могут, т.е. стремление развивать весь свой потенциал через самоактуализацию. А необходимое условие самоактуализации – это нахождение человеком верного представления самого себя. А. Маслоу считал, что самоактуализирующейся личности присущи такие качества, как принятие других, автономия, спонтанность, чувствительность к прекрасному, чувство юмора, альтруизм, желание улучшить человечество, склонность к творчеству (Маслоу, 1970). Именно такую личность, с точки зрения А. Маслоу, можно считать психологически здоровой.

Нельзя не отметить точку зрения В.Е. Ключко и О.М. Краснорядцевой, которые считают, что психологическое здоровье можно представить как нормальное становление человека в качестве самоорганизующейся системы; как показатель открытости и устойчивости системы на всех уровнях ее функционирования (соматическом, психическом, личностном) (Ключко, Краснорядцева, 2002). Процесс «нормального», «здорового» развития человека, осуществляющегося через усложнения его системной организации, идет по пути суверенизации его личности (совпадает с ним). Суверенность в данном случае рассматривается как возможность самостоятельного выхода в культуру и взаимодействия с ней без посредников, приводящую к усложнению жизненного пространства и самоорганизации. Но эта возможность превращается в действительность только при условии полноценного функционирования на ранних этапах онтогенетического развития человека совмещенной психологической системы «ребенок-взрослый».

Несколько иная, но в тоже время созвучная с предыдущей, позиция у В. Франкла, который считает, что «у каждого времени свои неврозы... Сегодня мы, по сути, имеем дело уже с фрустрацией не сексуальных потребностей, как во времена Фрейда, а с фрустрацией потребностей экзистенциальных. Сегодня пациент уже не столько страдает от чувства неполноценности, как во времена Адлера, сколько от глубинного чувства утраты смысла, которое соединено с ощущением пустоты» (Франкл, 1990, с. 24). Следовательно, в качестве ведущей движущей силы поведения В. Франкл постулирует стремление человека найти и исполнить смысл своей жизни. Падение старых идеалов, отсутствие смысла означает экзистенциальную фрустрацию, которая порождает у

человека состояние, названное Франклом экзистенциальным вакуумом. Именно экзистенциальный вакуум, по убеждению В. Франкла, является причиной таких социальных патологий, как алкоголизм, наркомания, самоубийство, преступность. В. Франкл в этой связи писал: «...работая с алкоголиком, мы очень часто убеждаемся, что жизнь, по-видимому, потеряла для него смысл. Подобные вещи мы наблюдаем и в случае наркомании. Также уровень экзистенциальной фрустрации у преступников существенно выше среднего. Экзистенциальная фрустрация и распространяющееся все шире ощущение бессмысленности поддерживают агрессивность, если вообще не являются её причиной. Агрессивные импульсы разрастаются, прежде всего, там, где налицо экзистенциальный вакуум. Что верно по отношению к преступности, может быть применено и к сексуальности – лишь в экзистенциальном вакууме набирает силу сексуальное либидо» (Франкл, 1990).

С психологической точки зрения, утрата смысла проявляется в ряде взаимосвязанных феноменов:

1. Переживание пустоты и бессмысленности жизни, проявляющееся в различных ситуациях. Преобладающее чувство скуки, неудовлетворённости жизнью, негативный эмоциональный фон.

2. Утрата переживания субъективной значимости намерений, целей и видов деятельности, которые планирует или осуществляет индивид. Отсутствие чётких сознательных представлений о направлении собственной жизни, намерения не переходят в конкретные цели; цели ограничиваются краткосрочной временной перспективой и не образуют иерархии.

3. Сужение широты круга мотивов, осуществляемых индивидом в деятельности, а также степени их иерархизации, приводящее к фрагментации деятельности.

4. Преобладание потребностной регуляции над ценностной. С содержательной стороны деятельность сводится к удовлетворению потребностей и соответствию социальным нормам.

5. Формирование убеждений, отражающих невозможность смысла или его реализации. Ценности не рефлексированы или рассматриваются как абстрактные, оторванные от жизни содержания, неспособные побуждать реальную деятельность (Леонтьев, 1999).

Человек, которому свойственны перечисленные признаки, иными словами, жизнедеятельность которого не ориентирована на смыслы и ценности, а всецело сводится к удовлетворению потребностей, реагированию на стимулы и соответствию принятым в социуме нормам поведения, скорее всего, будет признан здоровым в соответствии с традиционными критериями психического здоровья, опирающимися на статистические нормы и показатели адаптации (Братусь, 1988).

По мнению В.Ф. Сержантова «Люди, если они неверно понимают смысл жизни, а то и вовсе не знают, для чего живут, мало чего достигают в своих жизненных предприятиях, часто ошибаются в выборе целей и определении задач, которые ставят перед собой, не способны устоять в жизненной борьбе» (Сержантов, 1990).

Характеризуя смысл жизни, В.Э. Чудновский выделяют его позитивное влияние на жизнь человека и становление его личности. Он определяет два значения смысла жизни как психологического феномена: 1) суть, главное, основное в данном предмете, явлении; 2) личностная значимость для человека этой сути, это то главное, основное (Чудновский, 2005).

Феномен смысла жизни включает в себя оба эти значения, причем суть, главное доминирует над неглавным, второстепенным. Но определение смысло-жизненной «доминанты» — лишь один аспект процесса поиска смысла жизни. Очень важно

установить, насколько данная доминанта «продуктивна», в какой мере она способствует позитивному развитию личности. В этой связи целесообразно иметь в виду адекватность смысла жизни как одну из основных его характеристик. В связи с этим В.Э. Чудновским выделены два признака адекватности смысла жизни:

- «реалистичность» смысла жизни, т.е. соответствие смысла жизни, с одной стороны, наличным, объективным условиям, необходимым для его реализации, с другой — индивидуальным возможностям человека;

- «конструктивность» смысла жизни, т.е. степень его позитивного (или негативного) влияния на процесс становления личности и успешность деятельности человека (Чудновский, 2005).

В силу природы смысловой реальности, полноценный анализ феноменов осмысленности жизни и смыслоутраты невозможен без учёта контекста тех взаимоотношений с миром, в которых находится, которые устанавливает и преобразует личность и которые, в свою очередь, оказывают на неё влияние. Смысловая реальность - это, прежде всего, реальность тех связей, которые связывают индивида с различными аспектами его жизненного мира. Благодаря этим связям возникает ощущение наполненности жизни смыслом - ощущение включенности ее в более широкий контекст и ее интенциональной направленности на мир. Осмысленность жизни соотносится с богатством связей с миром, прежде всего с их многообразием и структурированностью, связанностью и возникающей в результате связностью жизни как целого. Смысловая регуляция - это система критериев и механизмов самонастройки жизнедеятельности, направленных на обеспечение ее соответствия этим связям (Трубникова, 2011, с. 247).

Таким образом, психологическое здоровье связано с потребностью формирования смысловой системы, в которой центральное место занимает проблема смысла жизни, с ориентацией на будущее. Психологическое здоровье связано с тем, что человек находит достойное, с его точки зрения, удовлетворяющее его место в мире. Он определяется в ценностях, смыслах жизни, отношениях.

Смысл жизни – это важнейшее новообразование юности. И.Кон отмечает, что именно в этот период жизни проблема смысла жизни становится глобально всеобъемлющей с учетом ближней и дальней перспектив (Кон, 1976). Также важным новообразованием юности является появление жизненных планов, а в этом проявляется установка на сознательное построение собственной жизни как проявление начала поиска ее смысла.

Исходя из актуальности и недостаточной проработки проблемы, было организовано исследование осмысленности жизни студентов 1 и выпускного курсов ГОУ ВПО «Алтайская государственная академия образования им. В.М. Шукшина». В исследовании приняли участие 80 студентов.

Для исследования осмысленности жизни была выбрана методика «Смысложизненные ориентации», разработанная Д.А. Леонтьевым (Леонтьев, 1992) и анкета, содержащая вопросы о смысле жизни.

В результате анкетирования было выявлено наличие смысла жизни у 73% первокурсников, а отсутствие - у 27%. Среди студентов-выпускников наличие смысла жизни выявлено у 79%, а отсутствие - у 21%. Это говорит о том, что большинство студентов как 1 курса, так и выпускного, определились со смыслом своей жизни. При этом, если студенты 1 курса видят смысл своей жизни в семье (37,5%), в счастье (37,5%) и в достижении цели (25%). То смысл жизни студентов выпускного курса – это более сложная система. Они видят смысл жизни в семье (18%), в счастье (18%), в саморазвитии и самореализации (27%), в продолжение рода (27%), хотят приносить пользу людям (10%). При этом следует отметить, что некоторые выпускники видят смысл жизни в разных моментах, например, и в семье, и в самореализации, в продолжение рода и в

счастье. Смысл жизни является внутренней мотивацией, определяет для человека индивидуальное значение того или иного действия, поступка, события. Совершая то или иное действие, человек осознает, зачем он это делает, и в этом для него заключается смысл. Поиск смысла своего существования, определения жизненных целей важен для сохранения психологического здоровья любого человека.

Анализ и сравнение данных, полученных с помощью методики Д.А.Леонтьева «Смысложизненные ориентации», показало, что по общему показателю осмысленности жизни большинство студентов выпускного курса (53%) имеют высокий уровень, а у студентов 1-го курса высокий уровень осмысленности жизни имеют лишь 30% испытуемых.

Кроме того, анализ результатов исследования показал, что 32% студентов 1-го курса живут сегодняшним и вчерашним днем. Напротив, большинство студентов выпускного курса обладают целеустремленностью, наличием в жизни целей, ориентированных в будущее, которые придают жизни осмысленность и направленность.

По шкале процесс жизни 33% первокурсников и 52% выпускников имеют высокий уровень, у 57% студентов 1-го курса и 39% студентов выпускного курса - средний уровень, это говорит о том, что большинство студентов как 1-го, так и выпускного курсов воспринимают сам процесс своей жизни как интересный, эмоционально насыщенный и наполненный смыслом. И лишь небольшое число первокурсников и выпускников недовольны своей жизнью в настоящем.

По шкале результативность жизни большинство студентов как 1-го, так и выпускного курсов оценивают пройденный отрезок жизни как довольно продуктивный и осмысленный период своей жизни. Лишь незначительное число студентов недовольны прожитой частью жизни.

К сожалению, многие студенты 1-го курса (35%) не верят в то, что они могут контролировать события собственной жизни. Высокий уровень по шкале locus контроля «Я» имеют всего 18% первокурсников. Напротив, среди студентов выпускного курса 63% имеют высокий уровень по шкале locus контроля «Я», это говорит о том, что у них преобладают представления о себе как о сильной личности, обладающей достаточной свободой выбора, чтобы построить свою жизнь в соответствии со своими целями и представлениями о смысле. И лишь 7% выпускников имеют низкий уровень, то есть они не верят в свои силы контролировать события собственной жизни.

По шкале locus контроля «Жизнь» - большинство первокурсников имеют низкий уровень, это свидетельствует о том, что они считают, что жизнь человека неподвластна сознательному контролю, что свобода выбора иллюзорна, и бессмысленно что-либо загадывать на будущее. У 25% студентов 1-го курса - высокий уровень, это говорит о том, что они уверены, что человеку дано контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их в жизнь. Напротив, большинство студентов выпускного курса убеждены в том, что человеку дано контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их в жизнь, и лишь 14% имеют низкий уровень по шкале locus контроля «Жизнь», то есть считают, что жизнь человека неподвластна сознательному контролю, что свобода выбора иллюзорна, и бессмысленно что-либо загадывать на будущее.

Таким образом, полученные данные показывают, что студенты выпускного курса более целенаправленны, более осмысленно подходят к планированию своей дальнейшей жизни. Задумываются о способах самореализации, более четко строят реалистичные планы, задумываясь о своих возможностях и способностях для их реализации. Можно утвердительно сказать, что осмысленность жизни студентов факультета психологии имеет тенденцию динамично развиваться в процессе профессионального обучения, а

следовательно, и их психологическое здоровье. Все это говорит об эффективности образовательного процесса.

Список литературы:

1. Братусь, Б.С. Аномалии личности [Текст] / Б.С. Братусь. - М., 1988. - 188 с.
2. Кон, И.С. Психология юношеского возраста [Текст]: уч. пособие. / И.С. Кон. - М., 1976. - 175 с.
3. Леонтьев, Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности [Текст]: методическое пособие / Д.А. Леонтьев. - М.: Смысл, - 1999. - 186с.
4. Леонтьев, Д.А. Тест смысло-жизненных ориентаций (СЖО) [Текст] / Д.А. Леонтьев. - М.: Смысл, 1992. – 16 с.
5. Психология здоровья: Учебник для вузов [Текст] / Под ред. Г С. Никифорова. — СПб., Питер, 2006. — 607 с.
6. Сержантов, В.Ф. Человек: его природа и смысл бытия [Текст] / В.Ф. Сержантов. – Л.: Изд-во ленинградского университета, 1990. – 360 с.
7. Трубникова, Н.И. Осмысленность жизни как важнейший компонент жизненного самоопределения [Текст] / Н.И. Трубникова // Мир науки, культуры, образования. – 2011. - № 2. – С. 246-248.
8. Франкл, В. Человек в поисках смысла [Текст] / В. Франкл. - М.: Прогресс. - 1990. – 291.
9. Чудновский, В. Э. Становление личности и проблема смысла жизни [Текст] / В.Э. Чудновский. - Москва, МОДЭК, 2005. - 375с.

РАЗДЕЛ 4. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ

УДК 155.9;616.89

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЛИЦ С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

А.Г. Бурдалова, А.В. Бархатов, И.О. Логинова

Красноярский краевой психоневрологический диспансер №1, г. Красноярск,
ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения России,
г. Красноярск, Российская Федерация

Несмотря на широкий интерес к проблеме нарушений пищевого поведения, многочисленные работы в данной области и значительную актуальность на фоне возрастающего количества людей с нарушениями пищевого поведения, решения проблемы до сих пор не найдено. До сих пор нет точных качественных данных статистики о нарушениях пищевого поведения. Группа NICE обнаружила, что качественные данные о нервной анорексии практически отсутствуют (Fairburn, 2005). Принятый NICE стандартный метод классификации данных предусматривает создание иерархии: оценку А присваивают рекомендациям, базирующимся на обоснованных данных, полученных в адекватно проведенных рандомизированных контролируемых испытаниях, а более низкие оценки присваивают менее обоснованным данным. Однако ни одна из 48 специфических рекомендаций в отношении организации лечения нервной анорексии не получила оценку А, почти все они оценивались В, потому что основывались исключительно на «сообщениях» или на «мнениях» и(или) клиническом опыте уважаемых авторитетных специалистов [4].

Нервная анорексия представляет собой серьезное заболевание, оказывающее огромное влияние на жизнь многих индивидов и их родственников. Это расстройство обычно начинается в подростковом возрасте и поражает около 2% девочек и 1% мальчиков. Для этого заболевания характерны постоянные усилия со стороны пациентов, направленные на снижение массы тела, часто приводящие к тяжелому истощению и сопровождающиеся специфической психопатологией, которая включает патологический страх ожирения. Жесткая диета обычно приводит к потере массы тела, а также к аменорее.

Если утраченная масса тела не восстанавливается, могут возникнуть серьезные соматические осложнения, например брадикардия, периферические отеки и остеопороз. Результатом нервной анорексии могут быть другие осложнения: задержка физического развития, роста и бесплодие, диффузная, изредка очаговая, атрофия головного мозга, низкая социальная активность, низкая самооценка и высокая частота сопутствующего злоупотребления психоактивными веществами, а также сопутствующих расстройств настроения и личности.

Исход нервной анорексии в большинстве случаев пессимистический. Только 44% пациентов, наблюдавшихся по меньшей мере четыре года после начала заболевания, считаются выздоровевшими, т. е. имеют массу тела не ниже чем на 15% от идеальной, четвертая часть остаются тяжело больными и еще 5% становятся жертвами заболевания и умирают. В других исследованиях сообщается о высоком уровне смертности, достигающем 20% у взрослых с хроническим течением нервной анорексии [7].

По данным статистики зарубежных изданий только 1 из 10 мужчин и женщин с расстройствами пищевого поведения получают лечение. Только 35% людей, которые

получают лечение расстройств пищевого поведения, имеют возможность получить лечение в специализированном учреждении. До 30 миллионов человек всех возрастов и полов страдают от расстройства пищевого поведения. Расстройства пищевого поведения имеют самый высокий уровень смертности среди психиатрической нозологии. Идеальным типом тела, который отображается в рекламе обладает только 5% американского женского населения. 47% девочек в 5-й классе сообщили, что хотят быть похожими на девушек из популярных глянцевого изданий. 69% девочек, среди учениц 5-го класса, сообщили, что фотографии из журналов повлияли на их представление об идеальном теле. 42% девочек в возрасте от 7 до 9 лет хотят быть стройнее. 81% из 10-летних девочек боятся быть толстыми.

По данным исследования, проведенного коллегами в Американском журнале психиатрии (2009), показатели смертности от расстройств пищевого поведения были:

- 4% для анорексии
- 3,9% для нервной булимии
- 5.2% для остальных расстройств пищевого поведения. [6]

Суммируя многочисленные данные литературы, все многообразие об этиологии и патогенезе расстройств пищевого поведения можно несколько схематично свести к следующим основным точкам зрения:

- биологические;
- психологические (влияние семьи и внутренние конфликты);
- социальные (влияние окружающей среды: ожидания, подражания, в частности диеты).

В зависимости от выдвигаемых теорий происхождения расстройств пищевого поведения, эти факторы либо считаются единственными, либо принимается во внимание сочетание двух факторов и более. Так, в разряд биологических факторов попадают гипотеза об органическом (гипоталамическом) генезе, которая впервые высказана в 1963 г. А. King и с тех пор остается предметом оживленных дискуссий психиатров. На органическую природу этого нарушения указывают также О. Lundberg, J. Walinder (1967), которые видят причину анорексии в поражении структур гипоталамуса. Имеются данные о дисбалансе нейротрансмиттеров, среди которых особую роль отводят серотонину. Часть исследователей связывает патологическое пищевое поведение при нервной анорексии и нервной булимии с «повреждением активности нейропептидов» таких как серотонин, норэпинефрин и др., а также лептином (M. Wabitsch, A. Ballauff, R. Holl, 2001).

В рамках психологических моделей формирования расстройств пищевого поведения, в последние годы многие исследователи, занимающиеся нервной анорексией, тщательнее изучают условия жизни и воспитания детей, характерологические особенности родителей, «семейный микроклимат», преморбидные черты пациентов, их физическое и психическое развитие, воздействие различных патогенных факторов. Выявлено, что семьям больных анорексией присущ ряд общих особенностей. Властная, деспотичная и стеничная мать постоянно подавляет волю детей и лишает их всякой инициативы. Такие матери отличаются, кроме того, «большим аффективным зарядом с высоким уровнем самоутверждения и честолюбия». Часто из-за нереализованных в прошлом возможностей они всю свою энергию и властность проявляют в семье, используя детей как «в собственных интересах». Отцы в семье, как правило, «находятся на вторых ролях» и обладают прямо противоположными чертами характера: они неактивны, малодушны, мрачны, необщительны, нередко шизотимны. D. Rampling (1982) объясняет возникновение психической анорексии «абerrацией связи семья — ребенок». Более конкретно это определяет J. Раупе (1970), который считает, что «подростки уходят в болезнь, чтобы обратить на себя внимание вечно ссорящихся родителей» (уход в болезнь, по мнению автора, как бы снимает конфликтную ситуацию в семье). Schmidt V., Tiller J.,

Blanchard M., Andrews B., Treasure J. (1997) рассматривали нервную анорексию как «символическое выражение страха перед взрослением», Broberg A. (1993) - как «избегание образа Я» на пересечении со страхом перед «Я», Lorenzi P., Ardito M. (1996) - как «невозможность решать проблемы пубертатного возраста адекватно». Petzold и Reindel (1980) установили, что в семьях больных нервной анорексией особенно выражено стремление избежать конфликтов, вследствие чего возникает хотя и скрытое, но перманентное напряжение.

Большинство современных исследователей сходятся во мнении, что нервная анорексия является признаком индустриального общества. Так, например, ряд зарубежных авторов (McCarthy M., 1990; McCourt J., Walles G., 1995; Herworth, J., 1999) отмечают, что именно под влиянием мощного давления средств массовой информации, в обществе формируется культ стройного женского тела в стиле «унисекс» - худого, угловатого, одинаково похожего на сублильного юношу и девушку. Следствием такого рода «информационной обработки» является снижение самооценки, озабоченность фигурой, экспериментирование с диетами и физическими упражнениями, что, в конечном счете, может служить причиной возникновения расстройств пищевого поведения, начиная уже с 5-летнего возраста (Marocco-Muttini C., 1993). «Аноректический взрыв в популяции» зарубежные авторы прямо или косвенно связывают с «эмансипацией женщин», включением их в производственную деятельность и широкую сферу общения. На основе этой позиции сформировалась точка зрения, что каждая эпоха предъявляет свои требования к нервной системе человека, поэтому имеет место исследовательская гипотеза: нервная анорексия принадлежит к кругу заболеваний, «характерных для определенного века, определенного культурного уровня».

Так же у специалистов нет единого мнения в вопросах, касающихся адекватных методов лечения и реабилитации больных с данными расстройствами. Большинство российских исследователей сходятся на мнении что нервная анорексия и булимия требуют длительного комплексного лечения, которое включает в себя: психофармакотерапию, диетотерапию, коррекцию вторичных сомато- эндокринных расстройств, психотерапию.

Опыт зарубежных исследователей говорит о том, что ни одно из лекарственных средств не дает специфического эффекта при нервной анорексии. Поэтому главными должны быть психологические методы лечения. Не было получено убедительных данных о том, что какой-либо подход к лечению эффективнее другого. В связи с этим опытные психотерапевты лечат в соответствии с собственными оценками и предпочтениями, не задумываясь о том, что лучше. Тем не менее достигнут определенный консенсус в отношении характера качественной психотерапии при нервной анорексии. Постулаты звучат: большинство людей с нервной анорексией должны лечиться амбулаторно. К психологическим методам лечения расстройства относятся когнитивно-аналитическая, когнитивно-поведенческая, интерперсональная, фокусная динамическая психотерапия и методы семейной психотерапии, специально адаптированные для применения при расстройствах пищевого поведения. Амбулаторное ведение пациентов должно включать психологическое лечение (с контролем соматического состояния), проводимое специалистом учреждения, имеющего на это право, и оценивать риск соматического заболевания у пациентки. Амбулаторное психологическое лечение и мониторинг соматического состояния обычно следует продолжать не менее шести месяцев. Если во время амбулаторного психологического лечения отмечается существенное ухудшение состояния или к концу адекватного курса такого лечения не наступает значительного улучшения, следует подумать о более интенсивных формах лечения. [5]

Нами было замечено, что в пользу психологии, а не только медицины, в вопросах решения проблемы нарушений пищевого поведения говорит и тот факт, что именно в этой

науке возникли идеи «человекознания» (Б.Г. Ананьев), охватывающие предельно широко проблему человека, благодаря чему обрели статус научной панорамы: фило-, онто-, антропо-, социо-, био-, субъекто- контексты изучения человека, воплощенные в идее или принципе целостного человека, раскрывающемся в высказывании Б.Ф. Ломова: «человек ... включен в многообразные и разнообразные связи и отношения с действительностью, но живет и действует как единое целое» [2, С. 5].

В этой связи мы увидели возможность рассмотрения проблемы нарушений пищевого поведения в ином ключе: как проблемы нарушений отношений в системе «человек – мир», основанной на нарушении устойчивости жизненного мира, результирующей упорядоченность самоизменений [3]. Нами была разработана и применена на практике программа терапии и реабилитации пациентов с расстройствами пищевого поведения, основанная на системном подходе.

В нашей программе мы учли все психологические факторы развития РПП на данный момент и наш подход заключается не в работе в какой то модальности психотерапии, и не на основе комплексного рассмотрения проблемы, а в системном подходе лечения расстройств пищевого поведения известных психологических причин.

Программа предусматривает участие пациентов в группах направленных на работу с определенными проблемами и решающие определенные задачи: группы психообразования (рациональная и когнитивно-поведенческая психотерапия) направлены на выявление понимания пациентов о своем заболевании и о том, что с этим можно делать для более осознанного вступления пациентов и их родственников в психотерапию. Группы релаксации направлены на уменьшение контролирования уровня тревоги. Психотерапия в группах самоподдержки направлена на самооткрытие и установление социальных связей. Психотерапия в группах для родственников пациентов с расстройствами пищевого поведения направлена на уменьшение влияния негативных факторов семейных отношений на развитие болезни. Функция психолога или психотерапевта - поиск психогенной причины в развитии заболевания и работы с ним. Выстраивание взаимодействия со значимой социальной средой как фактора влияющего на развитие заболевания. В нашем исследовании были обнаружены психогенные факторы, влияющие на развитие РПП «отсутствие в значимых отношениях безусловного принятия», «акцент на функциональности отношений». В индивидуальной психотерапевтической работе акцент работы психотерапевта «заключается в глубинных переживаниях клиента своего состояния, а не в коррекции пищевого поведения».

Список литературы:

1. Выготский Л.С. Исторический смысл психологического кризиса / Л.С. Выготский // Психология. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. – С.14-120.
2. Ломов Б.Ф. Проблемы и стратегия психологического исследования /Б.Ф. Ломов. – М.: Наука, 1999. – 204 с.
3. Логинова И.О. Особенности устойчивости жизненного мира человека в кризисных условиях жизнедеятельности / И.О. Логинова // Вестник МГОУ. Серия Психологические науки. - 2011. - №2.- С.21-26.
4. Wilson, T. & Shafran, R. Eating disorders guideline from NICE / T. Wilson, R. Shafran. - Lancet, 2005, 365, 79–81.
5. Bob Palmer. Come the revolutionRevisiting... The management of anorexia nervosaAdvances in Psychiatric Treatment 2006; 12: 5–12
6. Интернет-ресурсы: <http://www.anad.org/get-information/about-eating-disorders/anorexia-nervosa/>
7. World Psychiatry 2005; 4, 3, pp. 142–146. Метод Модли: семейная психотерапия в лечении подростков с нервной анорексией.

УДК 155.9;612.821

**ДИНАМИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО
СОПРОВОЖДЕНИЯ АДАПТАЦИИ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ
С МИНИМАЛЬНЫМИ МОЗГОВЫМИ ДИСФУНКЦИЯМИ
К УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Е.В.Григорьева

Кемеровский государственный университет

г.Кемерово, Российская Федерация

Исследование проблем детей с минимальными мозговыми дисфункциями традиционно носит междисциплинарный характер. В психолого-педагогической практике минимальные мозговые дисфункции (ММД) чаще всего ассоциируются с проблемой гиперактивности у детей. В медицинской практике под минимальными мозговыми дисфункциями понимают ряд патологий относящихся к шкале F, а в частности к разделам F 8 Расстройство психологического развития (F 80, F 81, F 82) и F 9 Поведенческие и эмоциональные расстройства детского и подросткового возраста (F 90, F 91). В целом категория минимальные мозговые дисфункции принята как допустимая для определения границ ряда состояний связанных с проблемами обучения и поведения детей в школе (Заваденко, 2002; Ковтун, Львова, Сулимов, 2003).

Междисциплинарный характер исследований проблем детей с минимальными мозговыми дисфункциями определил заметный разброс в статистике распространенности данной патологии и большой спектр различных определений данной категории. В психологической науке и практике наибольшее признание получил подход Л.А. Ясюковой, в котором минимальные мозговые дисфункции определяются как «наиболее легкие формы церебральной патологии, возникающие вследствие самых разнообразных причин, но имеющие однотипную, невыраженную, стертую симптоматику и проявляющиеся в виде функциональных нарушений, обратимых и нормализуемых по мере роста и созревания мозга» (Ясюкова, 1997). Автор одна из первых предложила психологический анализ минимальных мозговых дисфункций с выделением структуры их дефекта. Она рассматривает ММД, как основу первичного дефекта и включает в первичный дефект, быструю умственную утомляемость, сниженную работоспособность, резко сниженные возможности самоуправления и произвольности в любых видах деятельности, значительные сложности в формировании произвольного внимания. На основании таких критериев как ослабленность мозговой деятельности, общая неуправляемость, рассогласованность деятельности отдельных подструктур мозга и дисбаланс нервных процессов, Л.А. Ясюкова выделяет 6 типов ММД: астеничный, реактивный, ригидный, активный, субнормальный тип с преобладанием процессов возбуждения и субнормальный с преобладанием процессов торможения (Ясюкова, 1997).

Основной проблемой, которую решают специалисты разного профиля – дефектологи, психологи, педагоги, неврологи, психиатры, является проблема адаптации детей с минимальными мозговыми дисфункциями к разным условиям среды и деятельности, том числе к учебной. Данную категорию детей, как правило, относят к категории дезадаптированных к школьному обучению учащихся. Так, Н.Н. Заваденко пишет, что среди дезадаптированных младших школьников 52,2% занимают именно дети с ММД (Заваденко, 1999).

Исследуя процесс адаптации младших школьников с ММД к учебной деятельности, мы выявили ряд его особенностей, что соответственно требует и особого психолого-педагогического сопровождения адаптации данной категории детей. Наши рекомендации по сопровождению адаптации младших школьников с ММД к обучению опираются на

положение о том, что возможности организации психолого-педагогического сопровождения процесса адаптации детей к учебной деятельности связаны с ориентацией на понимание адаптации как системы, с выделением ее структурных и динамических характеристик, а также комплексному подходу исследования данной системы. Под психолого-педагогическим сопровождением мы понимаем целостную, системно организованную деятельность, в процессе которой создаются социально-психологические и педагогические условия для успешного обучения и психологического развития каждого ребенка в школьной среде (Битянова, 2000). Данный подход предполагает создание специальных социально-психологических условий для оказания помощи детям, имеющим проблемы в психологическом развитии и обучении. Для детей, имеющих определенные проблемы адаптации к учебной деятельности необходима система действий, конкретных мероприятий, которые позволят им преодолеть или компенсировать возникшие проблемы. По мнению М.Р. Битяновой, Р.В. Овчаровой, Л.Г. Субботиной, Е.В. Шарапановской, программа помощи, прежде всего, должна опираться на совместную работу психолога и педагога, а также на взаимодействие всех участников учебно-воспитательного процесса (Битянова, 2000; Овчарова, 2008; Субботина, 2008; Шарапановская, 2005).

Учитывая структурно-динамические характеристики адаптационного процесса к учебной деятельности, мы предлагаем реализовывать рекомендации по психолого-педагогическому сопровождению младших школьников с ММД в рамках двух моделей. Первая модель характеризует адаптацию как долговременный процесс и ориентирована в первую очередь на динамические характеристики адаптации младших школьников к учебной деятельности. Вторая – характеризует иерархические связи единой функциональной системы адаптации и ориентирована на структурные характеристики данного процесса. Таким образом, первая модель, базируясь на динамических характеристиках, нацелена на сопровождение процесса адаптации по этапам. Тогда как вторая модель, основываясь на структурных характеристиках, нацелена на сопровождение уровневых компонентов адаптации. Ориентация на динамические характеристики адаптации получила большее распространение в практике психолого-педагогического сопровождения процесса адаптации в образовательной среде. В этой связи в данной статье мы предлагаем обратиться к содержанию первой модели психолого-педагогического сопровождения адаптации младших школьников с ММД к учебной деятельности.

В психолого-педагогическом сопровождении адаптации младших школьников с минимальными мозговыми дисфункциями мы выделяем 3 этапа. Выделенные этапы охватывают весь период обучения в начальной школе (1-4 классы). Первый этап работы распространяется соответственно на первые полгода обучения ребенка в школе. Вторым этапом является следующие пять месяцев первого года обучения. Третий этап охватывает все последующие три года обучения детей с минимальными мозговыми дисфункциями во 2-4 классах школы. Хронологические рамки этапов предложены с определенной долей условности. Для характеристики каждого этапа мы выделяли его цель и использовали два критерия – это приоритетные направления деятельности психолога и ориентация на участников этапа психолого-педагогического сопровождения детей с ММД.

Первый этап сопровождение процесса адаптации младших школьников с минимальными мозговыми дисфункциями осуществляется школьными психологами с целью своевременного выявления детей с ММД и оказания им соответствующей помощи. Для достижения этой цели необходима сплошная профилактическая диагностика детей на начальном этапе обучения, с использованием теста Тулуз-Пьерона. Государственное предприятие «Иматон» презентует данную методику как адекватный, быстрый и простой способ косвенной диагностики минимальных мозговых дисфункций по ближайшим нарушениям психической деятельности и предлагает ее для широкого использования на этапе скрининга в психодиагностической практике. Тем не менее, мы рекомендуем

подтвердить результаты, полученные с помощью теста, выкопировкой данных из школьных медицинских карт или заключением невропатолога, либо дополнительно диагностировать ММД, используя блок нейропсихологических методик. Для корректного психолого-педагогического сопровождения адаптации детей с минимальными мозговыми дисфункциями, мы считаем необходимым дифференцировать ММД от сходных состояний, используя в сомнительных случаях консультацию внешних специалистов – психиатра, психоневролога, дефектолога. Возвращаясь к тесту Тулуз-Пьерона, мы хотим подчеркнуть несомненное достоинство методики, позволяющей выделить тип дисфункций, что в свою очередь позволяет прогнозировать течение адаптационного процесса и наметить перспективы психолого-педагогической поддержки. Наше исследование показало, что наименее благоприятный прогноз адаптации имеют школьники с астеничным, реактивным и ригидным типом дисфункций. Риски осложнения адаптационного процесса у ребенка с астеничным типом дисфункций возрастают за счет недостаточного уровня развития интеллектуальных функций и низкой успеваемости, у ребенка с реактивным типом ММД – в связи с напряженными отношениями в коллективе, и, наконец, адаптация ребенка с ригидным типом ММД осложняется за счет и того и другого. Традиционное психологическое обследование (школьной зрелости, индивидуально-личностных черт) в начале школьного обучения помогает выявить резервы психического развития детей с ММД. На основании комплексного диагностического исследования психологи оформляют заключения и рекомендации на каждого отдельного ребенка с ММД для педагогов и родителей, где описывают как слабые, так и сильные стороны развития его психики. Именно на сохраненные функции психики, на наш взгляд, должно опираться дальнейшее развитие детей.

Второй этап сопровождения нацелен на оптимизацию условий адаптации детей с минимальными мозговыми дисфункциями к школьному обучению. Данный этап осуществляется совместно педагогами начального звена, школьными психологами и родителями. Кроме ориентации на каждого отдельного ребенка, педагоги руководствуются общими принципами работы с детьми с минимальными мозговыми дисфункциями, предложенные ведущими специалистами по данной проблеме (Ясюкова, 1997; Шарапановская, 2005). Задача психолога провести информирование педагогов по проблемам адаптации детей с ММД к учебной деятельности. Прежде всего, педагог обеспечивает постепенное, «мягкое» включение детей с минимальными мозговыми дисфункциями в учебу. Эти дети по возможности не должны посещать группу продленного дня, так как перевозбуждение ЦНС дезорганизует умственную деятельность детей с ММД. Педагог как можно меньше нагружает ребенка с ММД письменными работами, предпочитая индивидуальные задания на раскрашивание. По мнению специалистов, обучение чтению детей с минимальными мозговыми дисфункциями должно опережать обучение письму. Обучение чтению строится на формировании комплексного визуально-звукового образа слова. Но самое важное педагог ориентирован на особую цикличную динамику работоспособности детей с минимальными мозговыми дисфункциями. Основной дефект при ММД – рассогласованность в деятельности мозга и повышенная умственная истощаемость. Интеллектуальная работа ребенка организуется педагогом только в активные периоды деятельности мозга. Динамика смены фаз активности и отдыха диагностируется педагогом совместно с психологом. Учитывая цикличность интеллектуальной активности, педагог не использует методы эмоционального включения в урок и строит изложение материала на варьировании одного и того же алгоритма или типа задания. На этом этапе школьные психологи обеспечивают консультирование родителей по особенностям обучения детей с ММД и выполнения ими домашних заданий. Выполнение домашней работы полностью ориентировано на учет цикличности умственной работоспособности детей с минимальными мозговыми

дисфункциями. Залогом успешного обучения детей с ММД является четкая, продуманная организация выполнения домашних заданий и существенные затраты времени и сил со стороны родителей. В целом работа психолого-педагогического коллектива и родителей нацелена на развитие интеллекта этих детей, а не отдельных психических процессов – внимания, памяти, самоуправления. Л.А. Ясюкова рекомендует развивать визуальное мышление у детей с ММД (Ясюкова, 1997). Результаты нашего исследования также говорят в пользу ориентации на общее развитие интеллекта, так как школьники с ММД с высокими показателями адаптированности отличаются от школьников без ММД именно уровнем интеллектуального развития.

Третий этап работы связан с деятельностью психологов нацеленной на развитие личности ребенка с ММД. Этот этап в зарубежных схемах коррекционной работы обозначается как «специальные вмешательства на индивидуальной основе по развитию сильных сторон личности». Сложные обстоятельства адаптационного процесса детей с ММД к школе стимулируют автоматическое включение психологических защитных механизмов и побуждают детей использовать различные стратегии совладания с трудностями. Таким образом, на третьем этапе, психологи работают на создание условий для осознания детьми неэффективности некоторых форм своего защитного поведения и формирования стратегий совладания с внутренним напряжением и беспокойством в стрессогенной ситуации. Результаты нашего исследования также подчеркивают роль повышения стрессоустойчивости детей с ММД, что позволит улучшить социальное взаимодействие детей этой категории и повысить учебную мотивацию.

Содержание и характеристика этапов описанной модели кратко изложены в таблице 1.

Таблица 1 – Характеристика этапов психолого-педагогического сопровождения адаптации младших школьников с ММД к учебной деятельности

Этап	Хронология	Цель этапа	Приоритетное направление работы	Исполнитель	Взаимодействие	Итог мероприятий этапа
I	Первое полугодие обучения в школе	Диагностика ММД и организация сопровождения детей с ММД	Психодиагностическая, организационная работа	Школьный психолог	Школьный врач. Невропатолог, психиатр, дефектолог, при необходимости.	Психологическое заключение с выделением сохраненных сторон психики
II	Вторая половина учебного года в первом классе	Оптимизация условий адаптации ребенка к систематическому обучению	Просвещение, консультирование, психодиагностика	Школьный психолог, педагог	Родители ребенка	Знание родителей и педагогов о проблемах детей с ММД и создание условий для сохранения здоровья и общего развития детей
III	Последующие годы обучения	Развитие личности ребенка	Коррекционно-развиваю-	Школьный психолог,	Специалисты смежных	Формирование стрессоустойчивости, навыков

	в началь- ной школе		шая работа	педагог	ведомств	социального взаимодействия и саморегуляции
--	---------------------------	--	------------	---------	----------	--

Таким образом, в рамках динамической модели психолого-педагогического сопровождения адаптации младших школьников с минимальными мозговыми дисфункциями к учебной деятельности приоритетными направлениями работы специалистов являются, во-первых, выделение «группы риска» в связи с типом дисфункций и показателями адаптированности, а также работа, направленная на повышение стрессоустойчивости, общеинтеллектуального развития и улучшения социального взаимодействия со всеми участниками учебно-воспитательного процесса. Учет таких критериев адаптированности как успеваемость, нормативность поведения, учебная мотивация школьников с ММД предпочтительнее в педагогической практике, а ориентация на тип минимальных мозговых дисфункций – в работе психологов. В целом психолого-педагогическое сопровождение адаптации младших школьников с минимальными мозговыми дисфункциями основано не только на взаимодействии всех участников образовательной среды, но также требует привлечение врачей-педиатров разных специальностей. Не смотря на возрастающий интерес к социальным и психологическим факторам решения проблем адаптации детей с ММД к обучению, своевременное обращение за медицинской поддержкой позволит сохранить и укрепить общее состояние здоровья и тем самым запустить естественные механизмы компенсации патологии у данной категории школьников.

Список литературы:

1. Битянова, М. Р. Организация психологической работы в школе [Текст] / М.Р. Битянова. – М.: Генезис, 2000. – 298 с.
2. Заваденко, Н. Н., Петрухин, Н. Г., Манелис, Н. Г. Школьная дезадаптация: психоневрологические и нейропсихологические исследование [Текст] / Н. Н. Заваденко, Н. Г. Петрухин, Н. Г. Манелис // Вопросы психологии. – 1999. – № 4. – С. 21 – 28.
3. Минимальная мозговая дисфункция у детей (критерии диагностики и подходы к лечению) [Текст] / Методические рекомендации для студентов и врачей постдипломной подготовки. Составители: О. П. Ковтун, О. А. Львова, А. В. Сулимов. – Екатеринбург: Ур. гос. мед. акад., 2003. – 34 с.
4. Овчарова, Р. В. Практическая психология образования [Текст] / Р. В. Овчарова. – М.: Академия, 2008. – 448 с.
5. Современные подходы к диагностике и лечению минимальных мозговых дисфункций у детей. Методические рекомендации [Текст] / Составитель Н.Н. Заваденко и др. – М.: РКИ Северо пресс, 2002. – 40 с.
6. Субботина, Л. Г. Психолого-педагогическое сопровождение развития личности учащихся в образовательном процессе: монография [Текст] / Л. Г. Субботина. – Томск: Издательство Томского государственного педагогического университета, 2008. – 152 с.
7. Шарапановская, Е. В. Воспитание и обучение детей с ММД и ПШОП [Текст] / Е. В. Шарапановская. – М.: ТЦ Сфера, 2005. – 96 с.
8. Ясюкова, Л. А. Оптимизация обучения и развития детей с ММД [Текст] / Л.А. Ясюкова. – Спб.: ГП «Иматон», 1997. – 80 с.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЗАВИСИМЫХ ЛИЦ
ПО ПРОГРАММЕ «12 ШАГОВ»**

А.А. Мишин, А.В. Назаров, Д.И. Николаев, Д.В. Пахоменко
АНО «Центр реабилитации и социальной адаптации «Енисей»
г.Красноярск, Российская Федерация

Освобождение от химической зависимости представляет собой процесс, а не одномоментное событие. Процесс выздоровления начинается тогда, когда химически зависимый впервые осознает, что сталкивается с трудностями из-за потребления алкоголя или других наркотиков. Цель выздоровления достигается в том случае, когда он может жить полноценной и спокойной жизнью, не нуждаясь в алкоголе и наркотиках. Дорога между этими двумя событиями длинна, трудна и зачастую запутана. Только появившиеся в последние годы исследования начали описывать метод, используемый теми, кто успешно достигает осмысленной и благополучной трезвости.

Вышеописанный метод представляет собой самая эффективная программа лечения алкоголизма/наркомании – Миннесотская модель «12 шагов», основанная Биллом Уилсоном в 1938 году в Акроне (штат Огайо, США). Она включает в себя работу по преобразованию личности, страдающего от зависимости человека, в личность выздоравливающего от этой зависимости. При этом человек прекращает употреблять алкоголь/наркотики и начинает вести трезвый образ жизни, в котором руководствуется вновь обретаемым здравомыслием и постоянным осознанным контактом с другими выздоравливающими (АА, 2011).

Основной целью Программы «12 шагов» является формирование ценности здорового образа жизни (АН, 2015).

Болезненное пристрастие и процесс выздоровления.

Процесс развития зависимости является прогрессирующим, что ставит необходимость выздоровления на первое место в жизни. Химическая зависимость возникает тогда, когда человек, предрасположенный к этой зависимости, начинает употреблять психоактивные вещества, изменяющие настроение. Они вызывают особое ощущение благополучия, называемое эйфорией, которое позволяет индивидууму чувствовать себя лучше без необходимости лучше думать и лучше действовать. Употребление химических веществ, будь это алкоголь или другой меняющий настроение наркотик, позволяет химически зависимым людям избегать нормальных этапов эмоционального развития.

Эмоционально зрелые люди понимают, что приятные ощущения связаны с соответствующими мыслями и действиями. Они считают правильным, что для получения приятных ощущений, они должны продуктивно мыслить и продуктивно действовать.

Химически зависимые обучаются чувствовать себя лучше, используя алкоголь или другие наркотики, изменяющие настроение (опыт эйфории). Когда эйфория (приятные ощущения) достигается простым употреблением алкоголя или других наркотиков, процесс эмоционального созревания приостанавливается. Поскольку для улучшения самочувствия нет нужды думать и действовать более ответственно, зависимые люди прекращают использовать нехимические способы управления своими чувствами и эмоциями.

Частое употребление алкоголя или других наркотиков для достижения эйфории нередко приводит к развитию высокой толерантности к ним. Как только человек приобретает толерантность к психоактивным веществам, он вынужден принимать их в большем количестве, чтобы достигнуть обычного эффекта. В результате потребление учащается или растет привычная доза. Обильное и частое употребление алкоголя и иных

наркотиков приводит к зависимости. В случае прекращения употребления зависимые люди ощущают дискомфорт.

Этот дискомфорт вызван комбинацией физических, психических и социальных факторов:

- Физические: отказ от алкоголя или других наркотиков вызывает ухудшение самочувствия из-за расстройства физиологических функций.
- Психические: прекращение приема вызывает тревогу. Наркотик, на который химически зависимый человек опирался, чтобы бороться со стрессом, более недоступен.
- Социальные: отказ вызывает чувство неудобства. При прогрессирующем злоупотреблении алкоголя или наркотиков зависимый оказывается в полном социальном отчуждении. После прекращения употребления, социальный вакуум заставляет его снова вернуться к прежнему (Т. Горски, 1976).

Переходный этап.

Переходный этап является первой фазой восстановления. Вначале страдающие химической зависимостью полагают, что они являются "бытовыми пьяницами" или "используют наркотик для развлечения", и способны контролировать его употребление. Они отдают себе отчет, что сталкиваются с трудностями из-за приема психоактивных веществ, но не приступают к лечению и не подключаются к программе "12 Шагов" потому, что не считают ее необходимой для себя. В конце этапа они признают свою химическую зависимость, соглашаются, что не в состоянии контролировать потребление алкоголя/наркотиков.

Сделав, наконец, это признание, большинство зависимых на собственном опыте приходят к осознанию следующих положений:

1. Осознание мотивирующих проблем.

Как мы раньше выяснили, переходный этап начинается тогда, когда химически зависимые впервые осознают, что их трудности усугубляются, становятся все более серьезными. Эти трудности являются мотивирующими, поскольку они побуждают людей к действию. Сначала они вызывают лишь досаду, но, в конце концов, становятся столь тяжелыми, что нарушают течение нормальной жизни, иначе говоря, предпочитаемый образ жизни — "тот образ жизни, которым я хочу существовать".

Большинство людей не расценивает серьезно свои проблемы, пока они не мешают им жить предпочитаемым образом. Химически зависимые не отличаются от других людей. Они игнорируют или рационализируют проблемы настолько долго, насколько это возможно. Поскольку химическая зависимость прогрессирует, проблемы, естественно, становятся все сложнее. Люди, страдающие зависимостью, не могут сразу поверить, что их проблемы связаны с потреблением алкоголя или наркотиков, поэтому они некоторое время пытаются разрешить свои проблемы, игнорируя их очевидную причину.

2. Невозможность естественного разрешения проблем.

Естественное разрешение проблем включает в себя осознание проблем, исследование возможностей их разрешения и применение выбранного способа на практике. Обычно такой метод разрешения проблем хорошо срабатывает. Но он не так успешен при наличии проблем, связанных с химической зависимостью. Суть дела в том, что химически зависимые сначала не осознают истинных причин своих трудностей, и их попытки разрешить проблемы много раз заканчиваются неудачами.

3. Провал стратегии "управляемого потребления".

Повторяющиеся неудачи в разрешении проблем заставляют химически зависимых осознать, что их проблемы как-то связаны с потреблением психоактивных веществ. Однако на этом этапе они еще не верят, что имеют пагубную привычку. Они все еще полагают, что являются обычными, "бытовыми", "развлекающимися" потребителями, способными контролировать себя. Они считают, что имеют проблемы, поскольку

потребляют слишком много, слишком часто или же принимают наркотики низкого качества. По их мнению, решение является простым: управлять количеством, частотой, качеством и типом используемых наркотиков. Поскольку порочная привычка является болезнью, отмеченной отсутствием контроля, их попытки проваливаются.

4. Осознание необходимости воздержания.

Повторяющиеся провалы контроля над использованием химических веществ заставляет, наконец, химически зависимых осознать, что они не являются бытовыми или развлекающимися потребителями, способными на самоконтроль. Они убеждаются в отсутствии возможности управлять приемом наркотиков. Теперь они готовы понять, что единственным путем к разрешению их жизненных проблем является полное воздержание от алкоголя и наркотиков.

С этого момента человек капитулирует перед фактом, что управляемое потребление алкоголя или других наркотиков невозможно. Необходимо вести трезвый образ жизни.

Этап стабилизации.

1. Признание необходимости помощи.

Одна из важнейших проблем, с которыми сталкиваются химически зависимые люди, связана с поиском помощи. Большинство людей, склонных к пагубной привычке, полагают, что им необходимо быть самостоятельными, поэтому они часто пытаются (на первых шагах) воздерживаться от спиртного, не обращаясь за помощью. Как правило, они подавлены симптомами физических и психологических расстройств, социальным гнетом и лавиной проблем, вызванных злоупотреблением химических веществ. Такие индивидуальные попытки выздороветь обычно терпят крах. Люди осознают, что не могут самостоятельно поддерживать воздержание.

Когда химически зависимые люди готовы искать помощь, они часто находят ее в соответствующей Программе "12 Шагов", такой, как "Анонимные Алкоголики" для проблем алкогольных, и "Анонимные Наркоманы" для проблем с наркотиками. Некоторые ищут профессиональных консультантов. Другие находят подходящими для себя реабилитационные программы. Одним из лучших источников помощи является консультант, удостоверяющий алкогольную и наркозависимость, который в состоянии составить соответствующий план лечения. Большинство людей полагают, что стабилизация пройдет безопаснее и легче, если они прибегнут как к программе восстановления "12 Шагов", так и к консультациям профессионала. Каким бы ни был источник внешней помощи, целью остается достижение управления мыслями, чувствами, суждениями и поведением (АН, 2015). В эту задачу, называемую отходом, входит и создание благоприятной обстановки для физического восстановления организма от прямых последствий пагубной склонности.

2. Развитие надежды и мотивации.

По мере продвижения вперед зависимые начинают верить, что выздоровление возможно. Они понимают это, встречаясь и беседуя с людьми, страдающими тем же заболеванием, но продвинувшимися дальше в своем выздоровлении. Теперь они чувствуют себя лучше, преодолевая худшие симптомы отхода и пагубной озабоченности. К этому времени они уже верят в выздоровление, как в способ достичь благополучия. Они знают, что, если другие получают результат, то и они способны на такое же. Они стараются потратить время, энергию и силы на процесс восстановления (Т. Горски, 1976).

Химическая зависимость заключается в разрушении психологических способностей человека решать жизненные задачи без употребления и в создании окружения, которое провоцирует употребление (употребляющие зависимые, созависимые и др.). Выздоровление заключается в восстановлении (или приобретении заново) способностей полноценно жить без употребления и формировании нового окружения,

поддерживающего трезвую жизнь. Это путь многолетней дисциплинированной работы над собой и окружением, который требует приложения больших усилий. И, в таком случае одним из главных противников выздоровления является лень, которая не дает человеку предпринимать эти усилия. Если из-за лени (или других) причин человек ничего не делает (или делает недостаточно) для своего выздоровления, идет обратный процесс срыва – ухудшение психологического состояния, итогом которого является употребление. Поэтому выздоровление часто сравнивают с движением вверх по эскалатору, который движется вниз – даже для того, чтобы оставаться на месте, необходимо предпринимать усилия (АН, 2015).

Существует два типа мотиваций.

Первая из них – это негативная мотивация, когда человека заставляют действовать желание уйти от неприятностей.

Вторая мотивация – это позитивная мотивация, когда человек желает достигнуть чего-то хорошего.

Есть также зона комфорта (Т. Горски, 1976), когда не существует ни негативной мотивации (нет неприятностей, от которых человек хочет уйти), и нет позитивной мотивации (нет желания чего-то достичь) – человеку хорошо в том состоянии, в котором он сейчас находится. Считается, что попадание в зону комфорта является самым опасным для развития человека, так как при отсутствии мотиваций к изменению человек не прилагает для этого усилий и постепенно деградирует. Поэтому считается, что у зрелой личности зоны негативной и позитивной мотивации должны пересекаться (или хотя бы соприкасаться) и такой человек, следовательно, будет всегда находиться в развитии (у него всегда будет присутствовать негативная или позитивная мотивация – желание развиваться).

Зависимый начинает выздоравливать из-за негативной мотивации – он желает уйти от проблем, которые создало его употребление. И первое время, пока он находится в зоне негативной мотивации (еще остались проблемы или не стерлась память о них) у него будет присутствовать желание выздоравливать. Он предпринимает усилия – занимается самоанализом, ходит на группы, читает литературу, делает задания и т.д. Однако со временем выздоровления большинство проблем могут решиться, память о них стать не такой острой – зависимый выйдет из зоны негативной мотивации. И если бы у него пересекались зоны позитивной и негативной мотиваций, то он никогда бы не прекращал выздоровления, так как когда исчезла бы негативная мотивация (память о последствиях злоупотребления), возникла бы позитивная.

Однако у зависимого, как у незрелой личности, зона негативной и позитивной мотивации разделены зоной комфорта, в которую и попадает зависимый (АА, 2011). У него пропадает желание что-то делать для своего выздоровления, так как негативная мотивация уже ушла, а положительная еще не появилась. Он уже ушел от боли, но к счастью еще не стремится, так как ему и так сносно. Он попал в зону комфорта (лени), разделяющую области негативной и позитивной мотиваций. И когда он остановился, то незаметно для него начался процесс движения назад (процесс срыва) к употреблению.

Вопрос мотиваций к выздоровлению очень важен. Необходимо уменьшать свою зону комфорта, развивая как позитивную, так и негативную мотивацию, а если уже попал в зону лени, срочно выходить из нее (Н.В. Яицкая, 2000).

Вот три способа работы с ленью – развитие позитивной мотивации, развитие негативной мотивации и способы «силы воли» (АН, 2015):

Развитие позитивной мотивации:

1. Знать цель – помнить, к чему стремиться в выздоровлении, «зачем я выздоравливаю?», ставить и пересматривать свои цели в трезвой жизни, дополнять и улучшать их; в повседневных делах осознавать, зачем я делаю это дело (делать осознанно);

2. Анализ достижений – периодически пересматривать свои положительные достижения в трезвости;
3. Планирование – составлять реалистичные планы и выполнять их;
4. Брать пример – смотреть, чего достигли другие выздоравливающие зависимые. Развитие негативной мотивации:

1. Помнить дно – помнить, откуда пришел и куда можешь вернуться;
2. Анализ «поражений» – периодически анализировать, что потерял (или чего мог достичь, но не достиг) из-за того, что ленился;
3. Негативный пример – смотреть, чего достигли зависимые, прекратившие работать над своим выздоровлением.

Способы «силы воли»:

1. В меру заставлять себя что-то делать;
2. Разбивать задачи на мелкие части и выполнять их по частям;
3. Правильно организовывать отдых.

Если зависимый человек не приходит к пониманию необходимости изменения своего мышления и стиля жизни, лечение и реабилитация будут неудачными. Преодоление зависимости — это продолжительный по времени процесс, который имеет специфические стадии (АА, 2011). Каждая стадия характеризуется задачами, которые должны быть разрешены, и навыками, которые должны быть развиты. Если зависимый не готов постоянно прогрессировать, истощающим образом выполнять поставленные перед собой задачи и достигать целей, если он избегает постоянной работы в направлении изменений и не настроен эффективно преодолевать болезнь, то срыв неизбежен. В связи с этим становится очевидной необходимость работы с мотивацией пациента на всех этапах и стадиях его выздоровления.

Кроме того, в формировании мотиваций на выздоровление зависимых необходима социальная поддержка. Этот процесс включает в себя некоторые пути, с помощью которых внешние условия могут способствовать началу и продолжению изменения человека. Из-за того, что социальная поддержка - это сила внешняя, человек будет воспринимать ее совершенно различно в зависимости от того, на какой стадии изменений он находится. Социальная поддержка не только делает некоторые действия возможными, она также повышает самоуважение людей, которые начинают верить в свои силы и возможность измениться.

Как мы уже определились, основой психологической реабилитации лиц, зависимых от алкоголя и наркотиков, является работа с мотивацией на изменение поведения и продвижение в сторону выздоровления, а также профилактика рецидивов. Поэтому, если зависимый человек не приходит к пониманию необходимости изменений своего мышления и стиля жизни, то его лечение и реабилитация не будут удачными.

Преодоление зависимости — это продолжительный по времени процесс, состоящий из нескольких специфических стадий (АН, 2015). На каждой стадии должны быть разрешены определенные задачи и развиты определенные навыки. Если зависимый не готов постоянно прогрессировать в этом направлении, истощающим образом выполнять поставленные перед собой задачи и достигать целей, если он избегает постоянной работы в направлении изменений и не настроен эффективно преодолевать болезнь, то срыв неизбежен. В связи с этим становится очевидной необходимость работы с мотивацией пациента на всех этапах и стадиях его выздоровления.

Методы работы с мотивацией лиц, зависимых от наркотиков, алкоголя и других психоактивных веществ, стали развиваться в последние 10 лет (АН, 2015), когда выяснилось, что лечение зависимых, не готовых к изменению своего жизненного стиля, не дает позитивных результатов. Стал очевидным и тот факт, что люди, употребляющие

психоактивные вещества, имеют право на помощь в виде формирования мотивационной готовности на лечение, изменение своего поведения и жизненного стиля.

Соппротивление изменениям — нормальный человеческий феномен (Т. Горски, 1976). Любой человек, который сталкивается с изменением привычного образа жизни без понимания появляющихся преимуществ, начинает испытывать чувство сопротивления, которое может быть открытым и скрытым.

Примеры открытого сопротивления:

- отрицание проблемы;
- агрессивное поведение по отношению к лицу, которое объявляет о необходимости изменений;
- инициация открытой дискуссии о предполагаемых изменениях.

Примеры скрытого сопротивления:

- опоздание на встречи с последующими извинениями, пропуски, беспечное отношение к встречам;
- возражения против вмешательства посторонних лиц;
- сомнения в компетентности терапевта/консультанта;
- постоянный поиск альтернативного мнения или другого терапевта/консультанта;
- нежелание предоставлять информацию о себе и своем состоянии или предоставление неполной информации.

Соппротивление — это, прежде всего проявление страха, связанного с необходимостью осознать бессознательные процессы. В связи с этим важно помнить, что в мотивационной терапии нет места осуждению, а само сопротивление следует рассматривать как мотивационный фактор. Таким образом, и зависимый, и терапевт/консультант должны быть свободны от чувства вины за неудачу (Н.В. Яицкая, 2000).

Чаще всего факторы сопротивления бывают связаны с зависимым. У него могут иметься свои «скрытые планы», способные мешать успеху терапии. Когда зависимый соглашается на лечение только благодаря внешнему давлению со стороны семьи, значимых других лиц, обстоятельств, то сам он может не быть по-настоящему заинтересован в успехе и не прилагать необходимых усилий, продолжая придерживаться устоявшихся представлений в отношении самого себя и негативного настроения на будущее. Так, зависимый может прийти на лечение, чтобы подтвердить правильность своего мнения о том, что он не способен добиться положительного результата.

Иногда зависимые проявляют низкую толерантность к фрустрации (при отсутствии уверенности в исходе терапии, сомнениях в собственных силах, высоком уровне субъективного ощущения беспомощности). Это в дальнейшем приводит к поведению, направленному на собственное поражение (АН, 2015).

Иногда сопротивление может проявляться как попытка отсрочить получение помощи. Например, зависимый может называть самые разные причины, такие, как слишком высокая стоимость или слишком большая длительность терапии.

Соппротивление — это не плохо и не хорошо. Оно просто существует и требует уважения, так как является проявлением многолетнего опыта приспособления, с которым зависимый был вынужден жить и от которого он теперь должен отказаться.

Проявление сопротивления символизирует начало изменений.

Ключевыми стратегиями являются (АН, 2015):

- развитие противоречия между мотивационными позициями личности зависимого посредством выявления вербальной, мимической и поведенческой экспрессии в процессе обсуждения (проговаривания) им проблем;
- участие в проблемах зависимого;
- сопереживание;

- эмпатия;
- поддерживающее поведение;
- умение найти основания для изменений в поведении, экспрессии пациента;
- оптимизм в отношении изменений;
- умение вовремя вселить уверенность в возможность таковых.

В своей деятельности Центр реабилитации и социальной адаптации «Енисей» максимально использует все методы, направленные на формирования мотиваций на выздоровление зависимых. Об этом свидетельствует эмоциональное состояние группы выздоравливающих зависимых, их готовность к изменениям своего образа жизни и мышления, ведь помощь одного зависимого другому обладает ни с чем несравнимой терапевтической ценностью. Программа «12 шагов» является универсальным инструментом, направленным на мотивационную составляющую в вышеописанной сфере, которая в совокупности с привлечением специалистов из области медицины даёт колоссальный эффект.

Список литературы:

1. «Анонимные наркоманы», первое издание, Москва, «AARus», АА, 2011.
2. «Программа «12 шагов». Как это работает?», Чебоксарская типография № 1, АН, 2015.
3. Горски Т. Срыв. Выздоровление. – М., 1976.
4. Яицкая Н.В. Доклад на Ассоциацию психотерапевтов и практических психологов г. Самары.- Фонд «Единство», 2000 г.

УДК 155.9;612.821

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЕ

О.Т. Кондратьева

Учитель-логопед детского сада «Морячок», кафедра логопедии «Уральский государственный педагогический университет»
г. Екатеринбург, Российская Федерация

Здоровье – это состояние физического, психического и социального благополучия человека, а не просто отсутствие болезней или физических дефектов.

Существует множество различных факторов, которые влияют на здоровье дошкольников:

- внутренние (педагогические, физиолого – гигиенические, психологические);
- внешние (экологические, экономические, социальные).

Принципы здоровьесбережения:

- не навреди;

Принцип триединого представления о здоровье;

- непрерывность и преемственность;
- соответствие содержания и организации обучения и воспитания возрастным и индивидуальным особенностям ребёнка;
- комплексный, междисциплинарный подход.

В последние годы выявилась устойчивая тенденция к существенному снижению показателей здоровья и темпов развития детей дошкольного возраста, что обусловлено ухудшением социально-экономических и экологических условий. В связи с этим в настоящее время все более востребованными становятся такие педагогические технологии, которые помимо педагогического эффекта предполагают сбережение здоровья детей. Возникла необходимость применения новых технологий здоровьесбережения, направленных на

изучение индивидуальных возможностей организма, обучение приемам психической и физической саморегуляции.

Современное состояние общества, высочайшие темпы его развития предъявляют все новые, более высокие требования к человеку и его здоровью.

Актуальность темы здорового образа жизни подтверждают статистические показатели:

Анализ заболеваемости детского населения по данным официальной статистики за 2006–2010 гг. свидетельствует о продолжающемся ухудшении здоровья детей [2].

Общая заболеваемость детей от 0 до 7 лет составила в 2010 году 194,4 тыс. на 100 тыс. соответствующего населения, прирост за последние десять лет достиг 33 % [1].

По данным Баранова А.А., Щеплягина Л.А. НЦЗД РАМН г. Москва, Россия в настоящее время инвалидами являются 620 342 ребенка в возрасте до 18 лет включительно. За последние 5 лет число детей-инвалидов всех возрастов увеличилось на 170 тыс. человек. Рост числа инвалидов происходил в этот период, преимущественно, за счёт лиц подросткового возраста (10-17 лет включительно). В настоящее время их доля среди детей-инвалидов достигла 65,7%. Увеличение абсолютного числа детей-инвалидов сопровождается ростом относительного показателя, который за последние годы увеличился более, чем на 30% и достиг 197,6 на 10 тысяч детского населения. Если в 1996 году инвалидом был один ребенок из 70 детей в возрасте до 15 лет, то в настоящее время - это 1 – из 52 человек [1].

Кризисные явления в обществе способствовали изменению мотивации образовательной деятельности у детей разного возраста, снизили их творческую активность, замедлили их физическое и психическое развитие, вызвали отклонения в социальном поведении.

В силу этих причин проблемы сохранения здоровья взрослых и детей становятся особенно актуальными во всех сферах человеческой деятельности и особенно остро - в образовательной области, где всякая практическая работа, направленная на укрепление здоровья детей разного возраста путем совершенствования службы здравоохранения, не принесла ощутимых результатов.

В процессе коррекционной работы логопеда возрастает социальная и педагогическая значимость сохранения здоровья детей. Поэтому одна из (главнейших) задач логопедической работы – создание такой коррекционно – образовательной системы, которая не только бы сохраняла здоровье ребёнка, но и «приумножала» его.

Здоровьесберегающие технологии влияют на формирование гармоничной, творческой личности и подготовки его к самореализации в жизни с опорой на ценностные ориентиры, такие как здоровье. Именно поэтому данные технологии являются необходимым аспектом (компонентом) комплексной реабилитации детей с речевой патологией.

Тенденция к ухудшению речи детей дошкольного возраста, снижение уровня коммуникативных умений и навыков (А.Г. Арушанова, О.С. Ушакова, Т.А. Ткаченко, Ю.В.Филлипова, Л.М.Шипицына) - все это определяет необходимость повышения знаний о важности коррекционно-развивающей работы и развития речи детей [3].

Логопедическая практика показывает, что с каждым годом увеличивается количество детей с дизартрией, моторной, сенсорной алалией, заиканием.

Логопедическая работа предполагает коррекцию не только речевых расстройств, но и личности детей в целом. Среди воспитанников с проблемами в речевом развитии высок процент тех, у кого имеются проблемы с развитием общей и мелкой моторики, памяти, внимания, а зачастую и мышления. Соответственно возникает необходимость проведения комплексной оздоровительно-коррекционной работы с данными детьми, которая включает в себя мышечную релаксацию, дыхательную гимнастику, артикуляционную гимнастику, пальчиковую гимнастику, упражнения на развитие высших психических функций (внимания, памяти, мышления), физкультминутки, упражнения для профилактики зрения, логоритмику.

В связи с этим в последние годы среди логопедов получила широкое применение здоровьесберегающая практика. Авторы коррекционных методик значительную роль отводят развитию физиологического и речевого дыхания, которое у детей с указанными речевыми патологиями нарушено (Л. С. Волкова, Бутейко К.П., В. И. Селиверстов, М. Е. Хватцев, А. Г. Ипполитова, З. А. Репина, и другие).

Использование здоровьесберегающих технологий в деятельности логопеда становятся перспективным средством коррекционно-развивающей работы с детьми, имеющими нарушения речи. Эти методы работы принадлежат к числу эффективных средств коррекции, все чаще применяемых в специальной педагогике и помогающих достижению максимально возможных успехов в преодолении не только речевых трудностей, но и общего оздоровления детей дошкольного возраста. На фоне комплексной логопедической помощи здоровьесберегающие технологии, не требуя особых усилий, оптимизируют процесс коррекции речи детей-логопатов и способствуют оздоровлению всего организма ребенка. Эффект их применения зависит от профессиональной компетенции педагога, умения использовать новые возможности, включать действенные методы в систему коррекционно-развивающего процесса, создавая психофизиологический комфорт детям во время занятий, предусматривающий «ситуацию уверенности» их в своих силах. Кроме того, альтернативные методы и приемы помогают организовывать занятия интереснее и разнообразнее. Таким образом, терапевтические возможности здоровьесберегающих технологий содействуют созданию условий для речевого высказывания и восприятия [3].

Только комплексное воздействие на ребенка может дать успешную динамику речевого развития. Совокупность методов и приемов в коррекционной работе по преодолению нарушения речи затрагивает не только исправление дефектов речевой деятельности, но и формирование определенных психических процессов, представлений об окружающем мире, становлений отношений к воспитуемым социальным явлениям и навыкам поведения, основы личностной культуры. В процессе коррекционной работы логопеда возрастает социальная и педагогическая значимость сохранения здоровья детей. В своей практической деятельности я применяю следующие здоровьесберегающие компоненты:

1. Артикуляционная гимнастика.

Регулярное выполнение поможет:

- улучшить кровоснабжение артикуляционных органов и их иннервацию (нервную проводимость);
- улучшить подвижность артикуляционных органов;
- укрепить мышечную систему языка, губ, щёк;
- уменьшить спастичность (напряжённость) артикуляционных органов;

Цель артикуляционной гимнастики - выработка правильных, полноценных движений и определённых положений артикуляционных органов, необходимых для правильного произношения звуков, и объединение простых движений в сложные [4].

Упражнения для артикуляционной гимнастики нельзя подбирать произвольно. Следует предусматривать те артикуляционные уклады, которые необходимо сформировать.

Артикуляционная гимнастика включает упражнения как для тренировки подвижности и переключаемости органов, отработки определённых положений губ, языка, правильного произношения всех звуков, так и для каждого звука той или иной группы. Упражнения должны быть целенаправленными: важны не их количество, а упражнения подбирают исходя из правильной артикуляции звука с учётом конкретного его нарушения у ребёнка, то есть воспитатель выделяет, что и как нарушено.

Целенаправленные упражнения помогают подготовить артикуляционный аппарат ребёнка к правильному произнесению нужных звуков. Эти упражнения подбираются, исходя из правильной артикуляции звука, поэтому их лучше объединять в комплексы. Каждый комплекс готовит определённые движения и положения губ, языка, вырабатывает

правильную воздушную струю, то есть всё то, что необходимо для правильного образования звука.

2. Дыхательная гимнастика.

Неотъемлемая часть оздоровительного режима – дыхательная гимнастика, способствующая развитию и укреплению грудной клетки. Упражнения дыхательной гимнастики направлены на закрепление навыков диафрагмально – речевого дыхания (оно считается наиболее правильным типом дыхания). Ведётся работа над развитием силы, плавности, длительности выдоха. Кроме оздоровительного выдоха. Кроме оздоровительного значения, выработка правильного дыхания необходима для дальнейшей работой над коррекцией звукопроизношения.

На каждое занятие включается несколько упражнений. По мере овладения упражнениями детьми добавляются новые.

3. Зрительная гимнастика.

Девяносто процентов всей информации об окружающем мире человек получает с помощью органов зрения. Нагрузка на глаза у современного ребёнка огромная, а отдыхают они только во время сна. Гимнастика для глаз полезна всем в целях профилактики нарушений зрения. Специалистами по охране зрения разработаны различные упражнения.

Целью проведения зрительной гимнастики - является формирование у детей дошкольного возраста представлений о необходимости заботы о своем здоровье, о важности зрения, как составной части сохранения и укрепления здоровья. Для того чтобы, гимнастика для глаз была интересной и эффективной, необходимо учитывать особенности развития детей дошкольного возраста, она проводится в игровой форме, в которой дети могут проявить свою активность.

Зрительная гимнастика используется:

- для улучшения циркуляции крови и внутриглазной жидкости глаз;
- для укрепления мышц глаз;
- для улучшения аккомодации (это способность глаза человека к хорошему качеству зрения на разных расстояниях);

Зрительную гимнастику необходимо проводить регулярно 2-3 раза в день по 3-5 минут. Для гимнастики можно использовать мелкие предметы, различные тренажеры. Гимнастику можно проводить по словесным указаниям, с использованием стихов, потешек.

Гимнастика бывает:

- 1) игровая коррекционная физминутка;
- 2) с предметами;
- 3) по зрительным тренажёрам;
- 4) комплексы по словесным инструкциям.

При подборе гимнастики для глаз учитывается возраст, состояние зрения и быстрота реакции ребенка. Дети во время проведения зрительной гимнастики не должны уставать. Надо следить за напряжением глаз, и после гимнастики практиковать расслабляющие упражнения.

4. Развитие общей моторики.

Чем выше двигательная активность ребенка, тем интенсивнее развивается его речь. У детей с нарушениями речи, часто наблюдаются «неполадки» в общей моторике: недостаточная четкость и организованность движений, недоразвитие чувства ритма и координации. Таким образом, развитие общей моторики способствует развитию речи.

Оздоровительные паузы – физминутки, проводятся в игровой форме в середине занятия. Они направлены на нормализацию мышечного тонуса, исправление неправильных поз, запоминание серии двигательных актов, воспитание быстроты реакции на словесные инструкции. Сочетание речи с определёнными движениями даёт ряд преимуществ для детей, посещающих логопедические занятия.

5. Развитие мелкой моторики.

В процессе логопедической работы была выявлена необходимость развития мелкой моторики в целях повышения эффективности коррекционной работы с детьми-логопатами. Учеными доказано, что развитие руки находится в тесной связи с развитием речи ребенка и его мышления. Проведенные исследования и наблюдения показали, что степень развития движений пальцев соответствует развитию речи ребенка [7].

У детей при ряде нарушений речи отмечается общая моторная недостаточность, а также отклонения в развитии движений пальцев, выраженные в различной степени, так как движения пальцев рук тесно связаны с речевой функцией.

Развитию мелкой моторики пальцев рук на коррекционных занятиях уделяется особое внимание, так как этот вид деятельности способствует речевому развитию, выработке основных элементарных умений, формированию графических навыков. Целесообразно сочетать упражнения по развитию мелкой моторики с собственно речевыми упражнениями.

6. Су – Джок терапия - это одно из направлений ОННУРИ медицины, разработанной южно-корейским профессором Пак Чже Ву. В переводе с корейского языка Су – кисть, Джок – стопа. Методика Су – Джок диагностики заключается в поиске на кисти и стопе в определенных зонах, являющихся отраженными рефлексорными проекциями внутренних органов, мышц, позвоночника болезненных точек соответствия (су – джок точки соответствия), указывающих на ту или иную патологию. Обладая большим количеством рецепторных полей, кисть и стопа связана с различными частями человеческого тела. При возникновении болезненного процесса в органах тела, на кистях и стопах возникают болезненные точки «соответствия» - связанные с этими органами. Находя эти точки, суджок (су – джок) терапия может помочь организму справиться с заболеванием путем их стимуляции иглами, магнитами, мокасми (прогревающими палочками), модулированным определенной волной светом, семенами (биологически активными стимуляторами) и прочими воздействиями в зависимости от нужд выбранной методики лечения [6].

Стимуляция высокоактивных точек соответствия всем органам и системам, расположенных на кистях рук и стопах. Воздействие на точки стоп осуществляется во время хождения по ребристым дорожкам, коврикам с пуговицами и т.д. На коррекционных занятиях происходит стимулирование активных точек, расположенных на пальцах рук при помощи различных приспособлений (шарики, массажные мячики, грецкие орехи, колючие валики). Эффективен и ручной массаж пальцев. Особенно важно воздействовать на большой палец, отвечающий за голову человека. Кончики пальцев и ногтевые пластины отвечают за головной мозг. Массаж проводится до появления тепла.

7. Массаж и самомассаж.

Массаж – это метод лечения и профилактики, представляющий собой совокупность приемов механического воздействия на различные участки поверхности тела человека. Механическое воздействие изменяет состояние мышц, создает положительные кинестезии необходимые для нормализации произносительной стороны речи.

В комплексной системе коррекционных мероприятий логопедический массаж предваряет артикуляционную, дыхательную и голосовую гимнастику. Правильный подбор массажных комплексов способствует нормализации мышечного тонуса органов артикуляции, улучшает их моторику, что способствует коррекции произносительной стороны речи.

Массаж показан детям с расстройствами речи. Тем же, которые с наибольшим трудом поддаются коррекции педагогическими методами, эта процедура особенно необходима. Поэтому если вашему ребенку ставят один из диагнозов: задержка речевого развития, дислалия, дизартрия, задержка психического развития, то в данных случаях можно воспользоваться данным методом коррекции [5].

При системном проведении массажа улучшается функция рецепторов проводящих путей, усиливаются рефлекторные связи коры головного мозга с мышцами и сосудами. Виды развивающего массажа, используемые в логопедической практике:

- массаж и самомассаж лицевых мышц;
- массаж и самомассаж кистей и пальцев рук;
- плантарный массаж (массаж стоп);
- аурикулярный массаж (массаж ушных раковин);
- массаж язычной мускулатуры.

Самомассаж – это массаж, выполняемый самим ребёнком, страдающим речевой патологией, это динамические артикуляционные упражнения, вызывающие эффект, сходный с массажным. Самомассаж органов артикуляции активизирует кровообращение в области губ и языка. Ребёнок сам выполняет приёмы самомассажа, которые показывает ему взрослый.

Целью логопедического самомассажа является стимуляция кинестетических ощущений мышц, участвующих в работе периферического речевого аппарата и нормализация мышечного тонуса данных мышц.

Использование самомассажа широко применимо по нескольким причинам:

- * Можно проводить не только индивидуально, но и фронтально с группой детей одновременно.
- * Можно использовать многократно в течение дня, включая его в различные режимные моменты в условиях дошкольного учреждения.
- * Можно использовать без специального медицинского образования.

8. Релаксация.

Релаксация – специальный метод, появившийся за рубежом в 30-40-х гг. XX века, направлен на снятие мышечного и нервного напряжения с помощью специально подобранных техник.

Релаксация - произвольное или непроизвольное состояние покоя, расслабленности, связанное с полным или частичным мышечным расслаблением. Возникает вследствие снятия напряжения, после сильных переживаний или физических усилий. Бывает непроизвольной (расслабленность при отходе ко сну) и произвольной, вызываемой путем принятия спокойной позы, представления состояний, обычно соответствующих покою, расслабления мышц, вовлеченных в различные виды активности.

Комплекс упражнений на релаксацию используется для обучения детей управлению собственным мышечным тонусом, приемам расслабления различных групп мышц. На логопедических занятиях можно использовать релаксационные упражнения по ходу занятия, если у детей возникло двигательное напряжение или беспокойство. Упражнения проводятся под музыку. Умение расслабиться помогает одним детям снять напряжение, другим – сконцентрировать внимание, снять возбуждение, расслабить мышцы, что необходимо для исправления речи.

Все вышеперечисленные компоненты благоприятно влияют на развитие речи детей дошкольного возраста с ТНР.

В результате использования приемов здоровьесберегающих технологий в логопедии:

- повышается обучаемость, улучшаются внимание, восприятие;
- дети учатся видеть, слышать, рассуждать;
- корректируется поведение и преодолеваются психологические трудности;
- формируется правильное, осмысленное чтение, пробуждается интерес к процессу чтения и письма, снимается эмоциональное напряжение и тревожность;
- развивается способность к переносу полученных навыков при изучении предметного материала.

Список литературы

1. Баранов А. А., Альбицкий В. Ю. Социальные и организационные проблемы педиатрии. Избранные очерки. – М., 2006. – 505 с.
2. Баранов А. А., Кучма В. Р., Сухарева Л. М. Состояние здоровья современных детей и подростков и роль медико – социальных факторов в его формировании // Вестник РАМН. – 2009. – № 5. – С. 6–11.
3. Гаврючина, Л.В. Здоровьесберегающие технологии в ДОУ: Методическое пособие / Л.В.Гаврючина. – М.: ТЦ Сфера, 2008. – 160 с. (Здоровый малыш).
4. Краузе, Е.Н. Логопедический массаж и артикуляционная гимнастика: Практическое пособие / Е.Н. Краузе. – 4 е изд. – СПб.: КОРОНА – Век, 2009. – 80 с., ил.
5. Куликовская, Т.А. Массаж лицевых мышц для малышей / Т.А. Куликовская. – М.: Книголюб, 2006. – 16 с. Цв. ил.
6. Пак Чжэ Ву Вопросы теории и практики Су Джок терапии: Серия книг по Су Джок терапии / Чжэ Ву Пак - Су Джок Академия, 2009 - С. 208.
7. Савина Л.П. Пальчиковая гимнастика для развития речи дошкольников. – М.: Родничок, 2002. – 44 с.

УДК 155.9; 316.6

ПУТИ И СПОСОБЫ СОХРАНЕНИЯ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ДОУ

Л.А. Уланова

МБДОУ «Детский сад №54 «Золушка»

г.Лесосибирск, Российская Федерация

Здоровье – безусловно, является самым ценным достоянием человека, а здоровье ребенка, которого нам доверили родители — дороже дважды.

В настоящее время состояние здоровья детей в нашей стране вызывает серьезную озабоченность общества. С каждым годом возрастает процент детей, имеющих отклонения в здоровье, наблюдается тенденция непрерывного роста общего уровня заболевания среди детей дошкольного возраста. По данным НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков НЦЭД РАМН, в России 60% детей в возрасте от 3 до 7 лет имеют функциональные отклонения в состоянии здоровья и только 10% детей приходят в школу абсолютно здоровыми. Это связано с множеством негативных явлений современной жизни: непростыми социально-экономическими условиями, экологическим неблагополучием, низким уровнем развития института брака и семьи; массовым распространением алкоголизма, курения, наркомании; слабой системой здравоохранения и воспитательной базы образовательного учреждения и семьи. Неблагоприятные экологические условия приводят к ослаблению иммунитета, и, как следствие к увеличению простудных заболеваний, инфекций. В образовательном учреждении, и дома дети большую часть времени проводят в статическом положении (за столом, у телевизора, компьютера и т.д.). Это увеличивает статическую нагрузку на определенные группы мышц и вызывает их утомление. Снижается сила и работоспособность скелетной мускулатуры, что влечет за собой нарушение осанки, искривление позвоночника, плоскостопие. Не менее серьезное влияние на здоровье и развитие ребенка-дошкольника оказывают отклонения в опорно-двигательном аппарате, являющиеся первопричиной многих болезней, которые не поддаются медикаментозному лечению.

Педагог-новатор в дошкольном образовании по проблемам здоровья современного ребенка Вера Алямовская отмечает: «Хотя много лет в практике дошкольного образования проповедуется необходимость комплексного

подхода к оздоровлению детей, эта проблема до сих пор должным образом не решена» (Воробьева, 1998).

Отношение ребенка к своему здоровью является фундаментом, на котором можно выстроить потребность в здоровом образе жизни. Эта потребность зарождается и развивается в процессе осознания ребенком себя как человека и личности. Основы здорового образа жизни у детей дошкольного возраста определяются наличием знаний и представлений об элементах здорового образа жизни (соблюдение режима, гигиенических процедур, двигательной активности), и умением реализовывать их в поведении и деятельности доступными для ребенка способами (чистить зубы, мыть руки, делать зарядку) (Антонов, 2008).

Дошкольное учреждение является центром сохранения здоровья, формирования здоровьесберегающей и здоровьеразвивающей компетенции ребенка. Охрана и укрепление здоровья, воспитание привычки к здоровому образу жизни являются первоочередной задачей для педагогов.

Приоритетом работы нашего дошкольного учреждения является физическое развитие ребенка, сохранение и укрепление его здоровья. Коллектив педагогов в течение нескольких лет работает над проблемой повышения показателей физического развития и здоровья детей. В результате нами накоплен немалый опыт по данному направлению.

На базе детского сада созданы все условия для полноценного физического развития и оздоровления детей. Создана необходимая макро и микросреда. В детском саду функционируют спортивный зал, физкультурные площадки для разных возрастных групп. Для развития физических качеств, формирования двигательных умений и навыков, воспитанию потребности в самостоятельных занятиях физическими упражнениями в каждой группе оборудованы физкультурные уголки: в них есть все необходимое физкультурное оборудование для самостоятельной двигательной деятельности детей, атрибуты для подвижных игр, физкультурное оборудование для гимнастики после сна, оборудования для индивидуальной профилактической работы с детьми. В «уголках здоровья» накоплен богатый материал: дидактические игры и пособия по культуре поведения, ведению здорового образа жизни, рациональному питанию, соблюдению правил безопасного поведения и правил личной гигиены. Дети самостоятельно и под руководством воспитателя получают элементарные знания и навыки по формированию своего здоровья.

В систему работы с детьми входит и активное использование технологии обучения здоровому образу жизни. Обучение идет через все виды деятельности ребенка во время пребывания его в дошкольном учреждении и поддерживается родителями дома. Педагогами реализуются разнообразные формы и методы оздоровления воспитанников, осуществляется оздоровительно-профилактическая работа (полоскания горла, ходьба босиком, точечный массаж, физиотерапевтические процедуры, фитотерапия, витаминотерапия, гипоаллергенная диета, индивидуальная диета с учетом переносимости продуктов, физические упражнения после сна, Дни здоровья, Недели здоровья, игры, игровые ситуации, беседы, акции, театрализованные представления, чтение художественной литературы, рисование).

Безусловно, особое значение в воспитании здорового ребёнка в нашем дошкольном учреждении придаётся развитию движений и физической культуры на физкультурных занятиях. Их цель – обучать детей правильному выполнению движений, различным упражнениям, направленным на развитие координации тела и повышение самостоятельной двигательной активности. Занятия проводятся в физкультурном зале, бассейне и сопровождаются музыкой. Причём, в каждом возрастном периоде физкультурные занятия имеют разную направленность:

- маленьким детям они доставляют удовольствие, учат их ориентироваться в пространстве, приёмам элементарной страховки;
- в среднем возрасте – развивают физические качества, прежде всего, выносливость и силу;
- в старших группах – формируют потребность в движении, развивают двигательные способности и самостоятельность.

Одним из важнейших компонентов укрепления и оздоровления детского организма, а также организации двигательного режима ребёнка, направленного на поднятие эмоционального и мышечного тонуса детей, является утренняя гимнастика, цель которой – создавать бодрое, жизнерадостное настроение у детей, укреплять здоровье, развивать сноровку, физическую силу. Утренняя гимнастика и специальные занятия физкультурой в спортивном зале сопровождаются музыкой, что «благоприятно влияет на эмоциональную сферу старшего дошкольника, способствует хорошему настроению детей, формирует их представления о здоровом образе жизни». (Венгер, 2007). Ежедневное выполнение физических упражнений под руководством взрослого способствует проявлению определённых волевых усилий, вырабатывает у детей полезную привычку начинать день с утренней гимнастики. Утренняя гимнастика постепенно вовлекает весь организм ребёнка в деятельное состояние, укрепляет дыхание, усиливает кровообращение, содействует обмену веществ, вызывает потребность в кислороде, помогает развитию правильной осанки. Чтобы предупредить возникновение плоскостопия, предлагаются упражнения для укрепления свода стопы – поднимание на носки, на пятки.

Хорошо известно, что умственная работа без регулярных и целесообразных физических нагрузок приводит к снижению работоспособности, переутомлению. Поэтому в процессе занятий и между ними педагогами нашего детского сада проводится двигательная разминка. Её цель – предотвратить развитие утомления у детей, снять эмоциональное напряжение в процессе занятий с умственной нагрузкой, что способствует более быстрому восприятию программного материала. Двигательная разминка позволяет активно отдохнуть после умственной нагрузки и вынужденной статической позы, способствует увеличению двигательной активности детей.

С целью предупреждения утомления на занятиях, связанных с длительным сидением в однообразной позе, требующих сосредоточенного внимания и поддержания умственной работоспособности детей на хорошем уровне, в детском саду проводятся физкультминутки, способствующие активному отдыху и повышению тонуса. Особое внимание уделяется массажу рук, поскольку интенсивное воздействие на кончики пальцев стимулирует к ним прилив крови. Это благоприятствует психоэмоциональной устойчивости и физическому здоровью, повышает функциональную деятельность головного мозга, тонизирует весь организм. Пальчиковый массаж сопровождается художественным словом, что является важным средством воздействия на детей и делает его интересным и занимательным.

Развитие движений, воспитание двигательной активности дошкольников осуществляется во время прогулок. В нашем учреждении имеются хорошо оборудованные участки, где проводят время дети. Для того чтобы прогулка давала эффект, нами меняется последовательность видов деятельности детей, в зависимости от характера предыдущего занятия и погодных условий. Так, в холодное время года и после занятия, на котором дети сидели, прогулка начинается с пробежки, подвижной игры; в тёплое время года или после физических и музыкальных занятий – с наблюдения, спокойных игр.

Большое значение для формирования представлений дошкольников о здоровом образе жизни оказывают подвижные игры. Они способствуют закреплению и совершенствованию двигательных навыков и умений, предоставляют возможность

развивать познавательный интерес, формируют умение ориентироваться в окружающей действительности, что так важно для приобретения ребёнком жизненного опыта. Проводятся подвижные игры в группах, на физкультурных занятиях, во время прогулок и в промежуточные интервалы между занятиями. Подвижные игры обязательно включаются и в музыкальные занятия. Игры младших дошкольников организует воспитатель, в старшем возрасте такие игры чаще всего организуют сами дети. Кроме подвижных игр, в нашем детском саду мы широко используем разнообразные упражнения в основных видах движений: бег, ходьба, прыжки, метание, бросание и ловля, упражнения на полосе препятствий.

Вечернее время предназначено для снятия утомления. Поэтому больше включается мероприятий на расслабление: минутки шалости, радости, минутки музыки, смехотерапии, сказкотерапии.

Большое значение в нашем детском саду уделяется организации полноценного дневного сна. Для засыпания детей используются различные методические приемы: колыбельные песенки, слушание классической музыки и сказок. После дневного отдыха проводится гимнастика после сна, которая помогает улучшить настроение детей, поднять мышечный тонус, а также способствует профилактике нарушений осанки и стопы. Гимнастика проводится при открытых форточках 7-15 минут. В течение года используются различные варианты гимнастики:

- Разминка в постели. Дети постепенно просыпаются под звуки приятной музыки и, лёжа в постели на спине поверх одеяла, выполняют 5-6 упражнений общеразвивающего воздействия. Упражнения выполняются из разных положений: лёжа на боку, на животе, сидя. После выполнения упражнений дети встают и выполняют в разном темпе несколько движений (ходьба на месте, ходьба по массажным коврикам, постепенно переходящая в бег). Затем все переходят из спальни в хорошо проветренную групповую комнату и под музыку выполняют произвольные танцевальные, музыкально – ритмические или другие движения.

- Дыхательная гимнастика. От правильного дыхания во многом зависит здоровье человека, его физическая и умственная деятельность. Дыхательные упражнения увеличивают вентиляцию, лимфо - и кровообращение в легких, снижают спазм бронхов и бронхиол, улучшают их проходимость, способствуют выделению мокроты, тренируют умение произвольно управлять дыханием, формируют правильную биомеханику дыхания, осуществляют профилактику заболеваний и осложнений органов дыхания.

-Точечный массаж – элементарный приём самопомощи своему организму. Упражнения точечного массажа учат детей сознательно заботиться о своём здоровье, прививают им уверенность в том, что они сами могут помочь себе улучшить своё самочувствие. Наряду с этим точечный массаж является профилактикой простудных заболеваний.

Особое внимание в режиме дня уделяется проведению закаливающих процедур, способствующих укреплению здоровья и снижению заболеваемости. Закаливающие мероприятия, как важная составная часть физической культуры, содействует созданию обязательных условий и привычек здорового образа жизни. Систематически и планомерно проводимое закаливание положительно влияет на организм ребенка: улучшается деятельность его систем и органов, увеличивается сопротивляемость к различным заболеваниям, и, в первую очередь, простудного характера, вырабатывается способность без вреда для здоровья переносить резкие колебания различных факторов внешней среды, в частности, метеорологических, повышается выносливость организма.

Используемая нами система закаливаний предусматривает разнообразные формы и методы, а также изменения в связи с временами года, возрастом и индивидуальными особенностями состояния здоровья детей:

- гигиенические процедуры (умывание и обливание рук до локтя прохладной водой, полоскание рта кипяченой водой комнатной температуры);
- хождение босиком в группе и летом на прогулке, занятия босиком утренней гимнастикой и физкультурой. Главный смысл хождения босиком заключается в закаливании кожи стоп к влиянию пониженных температур, которое осуществляется, главным образом, действием низких температур пола, земли. Именно данное действие и является определяющим, если не единственным, в закаливании, поскольку убедительных доказательств в отношении влияния других компонентов в научной литературе не имеется.

Процесс формирования представлений дошкольников о здоровом образе жизни тесно связан с воспитанием у них любви к чистоте, опрятности, порядку (Пичугина, 2004).

Здоровый образ жизни немыслим без рационального разнообразного питания. Питание, как известно, является одним из факторов, обеспечивающих нормальное развитие ребёнка и достаточно высокий уровень сопротивляемости его организма к заболеваниям. В нашем дошкольном учреждении выполняются следующие принципы рационального здорового питания детей: регулярность, полноценность, разнообразие, путём соблюдения режима питания, норм потребления продуктов питания и индивидуального подхода к детям во время приёма пищи. Ежедневно мы включаем в меню фрукты, соки, напитки из шиповника, травяной чай, молоко. Для профилактики острых респираторных заболеваний в питание детей включаются зелёный лук, чеснок, что позволяет добиться определённого снижения заболеваемости.

В детском саду постоянно осуществляется медицинский контроль за состоянием здоровья детей, проводятся профилактические мероприятия и плановые медицинские осмотры детей с привлечением специалистов поликлиники. Результаты обследования учитываются медицинской сестрой, воспитателями, специалистами в работе с детьми.

Одним из обязательных условий воспитания культуры здоровья ребенка становится культура здоровья семьи. Семья играет важную роль, она совместно с дошкольным учреждением является основной социальной структурой, обеспечивающей сохранение и укрепление здоровья детей, приобщение их к ценностям здорового образа жизни. Известно, что ни одна даже самая лучшая программа и методика не могут гарантировать полноценного результата, если ее задачи не решаются совместно с семьей, если не создано детско-взрослое сообщество (дети – родители - педагоги), для которого характерно содействие друг другу, учет возможностей и интересов каждого, его прав и обязанностей (Доронова, 2004).

В работе с семьей по формированию потребности в здоровом образе жизни у детей педагогами используются как традиционные, так нетрадиционные формы работы с родителями, такие как информационные бюллетени, рекламные буклеты, тематические выставки, библиотека здоровья, оформляются информационные уголки здоровья «Чтобы не заболеть», «Как я расту», проводятся консультации, встречи «за круглым столом», родительские собрания с привлечением физкультурных и медицинских работников. Родители - постоянные участники всех конкурсов и спортивных мероприятий, проводимых в детском саду.

Эффективность позитивного воздействия на здоровье детей различных оздоровительных мероприятий, составляющих здоровьесберегающие технологии, определяется не столько качеством каждого из этих приемов и методов, сколько их грамотной "встроенностью" в общую систему, направленную на благо здоровья детей и педагогов и отвечающую единству целей и задач. Практика показала, что все мероприятия, направленные на сохранение и укрепление здоровья дошкольников детского сада, дали свои результаты: дети спокойны, активны на протяжении всего дня,

отсутствует плач и возбуждение, дети не отказываются от еды, они спокойно и быстро засыпают, крепко спят и просыпаются бодрыми.

Список литературы:

1. Венгер, Л.А. Психология: учебник для вузов / Л.А.Венгер, В.С.Мухина. – М.: Академия, 2007. – 446 с.
2. Воробьева, М. Воспитание здорового образа жизни у дошкольников / М.Воробьева // Дошкольное воспитание. – 1998. - № 7. – С. 5 - 9.
3. Доронова, Т.Н. Основные направления работы ДООУ по повышению психолого-психологической культуры родителей / Т.Н.Доронова // Дошкольное воспитание. – 2004. - № 1. – С. 63.
4. Здоровый дошкольник: социально-оздоровительная технология XXI века / сост. Ю.Е.Антонов, М.Н.Кузнецова и др. – М.: Гардарики, 2008. – 164 с.
5. Пичугина, Н.О. Дошкольная педагогика: конспект лекций / Н.О.Пичугина. – Ростов н/Д: Феникс, 2004. – 384 с.

УДК 155.9; 316.6

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

З.Н. Собчук, Ю.В. Живаева
КГБПОУ «Лесосибирский технологический техникум»
г.Лесосибирск, Российская Федерация

Подростковый возраст – это период физических, психологических, социальных и интеллектуальных изменений. Все стороны развития подвергаются качественной перестройке, возникают и формируются новые психологические образования, появляются элементы взрослости в результате перестройки организма, самосознания, отношений со взрослыми и товарищами, способов социального взаимодействия с ними, интересов, познавательной и учебной деятельности, содержания морально-этических норм, опосредующих поведение, деятельность и отношения [4].

Развитие личности в подростковом периоде характеризуется двумя противоположными тенденциями: с одной стороны, устанавливаются всё более тесные межличностные контакты, усиливается ориентация на группу, с другой – происходит усложнение внутреннего мира и формирование личностных свойств. Черты еще незрелой личности подростка больше проявляются в типе акцентуации характера, на базе которого еще предстоит сформироваться личности в процессе социализации. Больше половины подростков, обучающихся в обычных средних школах, имеют акцентуированные характеры (крайний вариант нормы), которые обычно сглаживаются с повзрослением.

Подростковый возраст также характеризуется важными изменениями в социальных связях и социализации, так как преобладающее влияние семьи постепенно заменяется доминированием группы сверстников, выступающей источником референтных норм поведения и получения определённого статуса. Вхождение в группу сверстников требует установления определённых межличностных отношений с партнёрами обоих полов. При отсутствии развитого внутреннего самоконтроля у подростков в большей степени, чем у взрослых, проявляется тот тип поведения и межличностных отношений, который определяется ведущей индивидуально-личностной тенденцией и наличием акцентуации характера.

Акцентуации – это крайние варианты нормальных характеров. Отклонения акцентуаций от средней нормы также порождают для их носителей (не в столь сильной степени, как при психопатиях) некоторые проблемы и трудности. Однако не в меньшей, а может быть в большей мере проблема акцентуированных характеров относится к общей психологии. Больше половины подростков, обучающихся в обычных средних школах, имеют акцентуированные характеры.

Эмпирическое исследование проводилось на базе средней общеобразовательной школы № 1 г.Лесосибирска, Красноярского края.

В школах были исследованы учащиеся 9 классов, в каждом классе по 20детей из них есть подростки стоящие на учете в детской комнате милиции. Всего обследовано 40 подростков в возрасте 13-15 лет. Для проведения экспериментальной работы была сформирована одна экспериментальная группа и одна контрольная. В экспериментальную группу вошли подростки из 9 «В» класса, а контрольную группу составили подростки из 9 «А».

Для диагностики были использованы следующие методики: Патохарактерологический диагностический опросник А.Е. Личко; опросник склонности к отклоняющемуся поведению, разработанного Вологодским центром и методика диагностики агрессивности Басса-Дарки.[4].

По результатам диагностики проведенной методики А.Е. Личко нами были выявлены типы акцентуаций характера. У контрольной группы выявились следующие типы акцентуаций характера: 4 – гипертивных типа; 10 – эпилептоидных типа; 2 – неустойчивых типа; 4 – эпилептоидно-неустойчивых типов. У экспериментальной группы испытуемых проявились следующие типы акцентуаций характера: 5 – гипертивных типов; 10 – эпилептоидных типа; 2 – неустойчивых типа; 3 – эпилептоидно-неустойчивых типов.

Эпилептоидный тип проявился у 10-ти испытуемых из контрольной группы и у 10-ти учащихся из экспериментальной группы. Анализ суждений показал, что у большинства из 18 бывают приступы мрачной раздражительности, во время которых достается окружающим. По теме «отношение к друзьям» превалирует суждение, что многие испытуемые верят дружбу с выгодой. У 4 из 16 подростков было суждение, что жизнь научила их не быть откровенными даже с друзьями. Но хотя многие испытуемые мечтают о таком друге, который сумел бы их выслушать, подбодрить, успокоить.

По теме «отношение к спиртным напиткам» у всех 20-ти испытуемых предполагается склонность к алкоголизации: «люблю выпить в веселой, хорошей компании; спиртным я стараюсь заглушить приступ плохого настроения».

Из списка суждений «отношение к приключениям и риску» испытуемые выбрали, что они любят всякие приключения, охотно идут на риск.

Подростки выразили следующее отношение к правилам и законам: когда правила и законы мешают им, это вызывает у них раздражение или для интересного и заманчивого дела всякие правила и законы можно обойти.

Эти суждения характерны для эпилептоидного типа. Главной чертой этого типа является склонность к состояниям злобно-тоскливого настроения с постоянно нарастающим раздражением и поиском объекта, на котором можно было бы сорвать зло. Характерна аффективная взрывчатость. Лидерство проявляется стремлением властвовать над сверстниками. Им присуща склонность к азартным играм. Алкогольное опьянение часто протекает тяжело, с яростью.

Эпилептоидная акцентуация является почвой для острых аффективных реакций, ситуативно обусловленных нарушений поведения, ранней алкоголизации.

Отсюда можно сделать вывод: большинство выбранных суждений испытуемыми и характерные черты эпилептоидного типа совпали.

Гипертивный тип проявился у 4-х учащихся контрольной группы и у 5-ти подростков из экспериментальной группы. Для этого типа характерно почти всегда хорошее настроение. Эта черта подтверждается выбранными суждениями испытуемых, они отмечают, что у них настроение как правило всегда очень хорошее.

Неудачи могут вызвать бурную реакцию, но неспособны надолго выбить из колеи. Эта черта проявилась четко и у наших испытуемых они отмечают, что неудачи у них вызывают протест и негодование.

Для этого типа характерной чертой является любовь к риску и авантюре. Испытуемых так же привлекает риск и приключения.

Они всегда тянутся в компанию, тяготятся и плохо переносят одиночество. Подростки отметили, что они не переносят одиночество и всегда стремятся быть среди людей.

Гипертивные подростки когда протестуют, взрываются гневом, их агрессивность направлена вовне, на окружающих людей или вещи; в более серьезных случаях их протест всегда действенный (они как-то поступают, а не говорят).

Они не переносят однообразной обстановки, монотонного труда, требующего тщательной кровапролитной работы, или резкого ограничения общения, угнетает одиночество или вынужденное безделье. Подростки этого типа неспособны долго сосредоточиваться на каком-либо конкретном деле или мысли, постоянная спешка, перескакивание с одного дела на другое, неорганизованность, фамильярность, легкомысленность, готовность на безудержный риск, грубость, склонность к аморальным поступкам.

Таким образом, выбранные суждения подростками подтвердили характерные черты данного типа.

Неустойчивый тип выявился у двоих учащихся контрольной группы и у двоих учащихся экспериментальной группы. Главная черта этого типа – нежелание трудиться: ни работать, ни учиться, постоянная сильная тяга к развлечениям, удовольствию, праздности. Это черта подтверждается выбранным суждением подростков, что они любят вместо школьных занятий отправиться с товарищами погулять.

К своему будущему равнодушны, планов не строят, живут настоящим. Испытуемые в теме «отношение к будущему» выбрали, что не любят раздумывать о своем будущем.

Реакция группирования проявляется в раннем тяготении к уличным асоциальным компаниям. Неспособные сами занять себя, плохо переносят одиночество и в этих компаниях прежде всего ищут места для развлечений. Это подтверждает выбор суждения испытуемых, что одиночество не переносят и стремятся быть среди людей.

Отталкивающие черты характера неустойчивого типа: безволие, тяга к пустому времяпрепровождению и бездумным развлечениям, болтливость, хвастливость, соглашательство, лицемерие, трусость, безответственность. Неустойчивые подростки никогда не протестуют в открытую; обвиняют всех но не себя; с готовностью обещают и никогда не держат слово. Их протест неосознан, просто они делают «как все».

Следовательно, выбранные суждения подростками подтвердили характерные черты неустойчивого типа акцентуаций характера.

Эпилептоидно-неустойчивый тип является аморальным типом акцентуаций характера. Он формируется как следствие напластования черт одного типа на эндогенное ядро другого в силу неправильного воспитания.

Эпилептоидно-неустойчивый тип проявляется у 4-х учащихся контрольной группы и у 3-х учащихся экспериментальной группы. Здесь сочетаются черты – властность, тяжеловесность и ригидность эпилептоида и стремление к легкому, бездумному, праздному образу жизни, присущее неустойчивому типу и нередко

рассматриваемое как проявление «слабоволия». Обычно такие подростки начинают рано прогуливать школу и вслед за этим интенсивно алкоголизироваться.

Эти черты подтверждаются выбранными суждениями подростков в теме «отношение к школе», что любят вместо школьных занятий погулять с товарищами. У испытуемых предполагается склонность к алкоголизации.

Следовательно, выбранные испытуемыми суждения сгруппированные по темам характерны чертам выявленных типов акцентуаций характера.

В контрольной группе 30% учащихся имеют высокий уровень выраженности эпилептоидного типа, а 20% имеют средний уровень. Гипертивный тип у 20% учащихся имеет высокий уровень развития. По неустойчивому типу 10% подростков имеют высокий уровень выраженности, а у 20% подростков имеющие эпилептоидно-неустойчивый тип акцентуации, который имеет высокую степень развития (см. таблицу).

В экспериментальной группе 35% учащихся имеют высокий уровень выраженности эпилептоидного типа, а у 15% имеют средний уровень. Гипертивный тип у 25% учащихся имеет высокий уровень развития. Неустойчивый тип у 10% учащихся находится на высоком уровне развития, а у 15% подростков эпилептоидно-неустойчивый тип находится на высоком уровне развития.

По шкале Ю.В. Попова – Н.Я. Иванова было определено, что диагностируемые подростки входят в группу риска социальной дезадаптации.

В ходе диагностики по методике Басса-Дарки было установлено, что в контрольной группе детей с низким уровнем агрессивности – 30%, со средним – 20%, а высокий уровень агрессивности имеют 50%. В экспериментальной группе эти показатели составили 35%, 15% и 50% соответственно. Таким образом, мы видим, что 50% детей в обоих классах имеют высокий уровень агрессивности, около трети детей (30% и 35% соответственно) – низкий. Детей со средним уровнем агрессивности меньше всего (20% и 15% соответственно). Причем, если процент детей с высокой агрессивностью в обеих группах одинаков, то детей с низкой агрессивностью в контрольном классе на 5% больше, чем в экспериментальном, а детей со средним уровнем агрессивности, соответственно на 5% меньше, чем в экспериментальном.

В процессе анализа данных диагностики по Бассу-Дарки были подсчитаны средние значения по отдельным видам агрессивности внутри групп с низкой, средней и высокой агрессивностью.

Анализируя средние значения в группе с низкой агрессивностью, можно отметить следующие факты: по сравнению со средним значением общей агрессивности (20%), среднее значение уровня физической агрессии ниже на 5% (15%), косвенной агрессии – ниже на 5% (25%). То же среднее значение, что и уровень общей агрессии, имеют такие показатели, как негативизм, подозрительность, вербальная агрессия и раздражение. Зато среднее значение по такому показателю как обида, превышает, значение общей агрессии на 5%. Чувство вины у этой группы низкое, приближающееся к среднему (30%).

Анализируя средние значения в группе со средней агрессивностью, можно отметить следующие факты. По сравнению со средним значением общей агрессивности (60%), среднее значение уровня физической агрессии ниже на 10% (50%), уровень раздражения – ниже на 10% (50%), вербальной агрессии на 10% (50%). То же вреднее значение, что и уровень общей агрессии, имеют такие показатели, как косвенная агрессия и подозрительность. Зато средние значения по таким показателям как негативизм и обида, превышают, значение общей агрессии на 5% соответственно (65% и 65%). Чувство вины у этой группы среднее, приближающееся к высокому (60%).

Анализируя средние значения в группе с высокой агрессивностью, можно отметить следующие факты. По сравнению со средним значением общей агрессивности

(80%), среднее значение уровня физической агрессии ниже на 10% (80%), уровень раздражения – ниже на 5% (75%). Средние значения по таким показателям как косвенная агрессия и подозрительность, превышают, значение общей агрессии на 5% (по 85%). То же среднее значение, что и уровень общей агрессии, имеют такие показатели, как негативизм, обида и вербальная агрессия. Чувство вины у этой группы среднее (50%). Следует отметить, что этот показатель даже ниже, чем в группе со средним уровнем агрессивности. Это, по всей вероятности, связано с тем, что дети не воспринимают свое поведение как агрессивное и социально неодобряемое, а просто следуют наработанным стереотипам поведения.

Теперь рассмотрим аналогичные данные, полученные в экспериментальной группе. Анализируя средние значения в группе с низкой агрессивностью, можно отметить следующие факты. По сравнению со средним значением общей агрессивности (25%), среднее значение уровня физической агрессии ниже на 5% (20%), а подозрительности – ниже на 10% (15%).

Средние значения выше на 5% (по 30%) по показателям: косвенная агрессия, негативизм и обида. То же среднее значение, что и уровень общей агрессии, имеют такие показатели, как вербальная агрессия и раздражение. Чувство вины у этой группы среднее, приближающееся к низкому (35%).

Анализируя средние значения в группе со средней агрессивностью, можно отметить следующие факты. По сравнению со средним значением общей агрессивности (50%), среднее значение уровня физической агрессии, раздражения и вербальной агрессии, ниже на 5% (45%), косвенной агрессии – на 10% (40%). То же среднее значение, что и уровень общей агрессии, имеет показатель уровня подозрительности. Зато средние значения по негативизму и обиде выше на 10% (60%). Чувство вины у этой группы среднее, приближающееся к высокому (60%).

Анализируя средние значения в группе с высокой агрессивностью, можно отметить следующие факты. По сравнению со средним значением общей агрессивности (80%), среднее значение уровня физической агрессии и негативизма ниже на 5% (по 75%), уровень раздражения, обиды и вербальной агрессии – ниже на 10% (по 70%). Средние значения по таким показателям как косвенная агрессия и подозрительность, превышают, значение общей агрессии на 5% соответственно (85% и 85%). Чувство вины у этой группы среднее (50%). Следует отметить, что этот показатель почти такой же, как в группе со средним уровнем агрессивности. Это по всей вероятности, связано с тем, что дети не воспринимают свое поведение как агрессивное и социально неодобряемое, а просто следуют наработанным стереотипам поведения.

Чтобы доказать существующую связь между выявленными типами акцентуациями характера и предрасположенностью агрессии и насилию у подростков нами проводится корреляционный анализ этих переменных. В нашем исследовании получается, что одна переменная измеряется в шкале наименований, другая – в шкале интервалов переводящиеся в баллы. И в этом случае мы обращаемся к использованию точечному бисериальному коэффициенту корреляции. Статистическая значимость точечно-бисериального коэффициента корреляции определяется от 0,5 до 0,9 и от – 0,7 до – 1 взаимосвязь ярко выраженная, а в остальных случаях взаимосвязь не прослеживается.

По точечному бисериальному коэффициенту нами были получены следующие значения:

- эпилептоидный тип акцентуации характера и склонность к агрессии и насилию $r_{pb} = 0,6$;
- гипертивный тип акцентуации характера и склонность к агрессии и насилию $r_{pb} = - 0,8$;

- эпилептоидно-неустойчивый тип и склонность к агрессии и насилию $grb = -0,7$;
- неустойчивый тип акцентуации характера и склонность к агрессии и насилию $grb = -0,2$.

Из полученных значений коэффициента корреляции видно, что у эпилептоидного, гипертивного и эпилептоидно-неустойчивого типов акцентуации характера прослеживается взаимосвязь с выявленной девиацией.

Следовательно, типы акцентуаций характера влияют на возникновение девиации в поведении у подростков.

Коррекционная работа по профилактике отклоняющегося поведения с подростками имеет свои особенности. На начальных этапах не показаны групповые формы. Не говоря уже о практически неизбежной отрицательной консолидации подростков в группе, индивидуальная работа с подростком является более эффективной. С самого начала, параллельно, необходимо начинать работу с семьёй. После диагностики семейных отношений и степени их дисгармоничности должна следовать психокоррекционная работа как индивидуальная, так и групповая. Но основной акцент следует делать на индивидуальной работе с подростком. Совершенно неэффективными оказываются общие беседы о необходимости «хорошо себя вести».

Особое место в коррекционной работе следует уделять формированию круга интересов подростка также на основе особенностей его характера и способностей. Необходимо стремиться к максимальному сокращению периода свободного времени подростка – «времени праздного существования и безделья» за счёт привлечения к положительно формирующим личность занятиям: чтение, самообразование, занятие музыкой, спортом, и т.д.

При непродуктивной деятельности в период свободного времени – «ничегонеделанье» – неизбежен скорый возврат подростка в асоциальную компанию и рецидив делинквентности [1].

Ведите же детей в спортивные школы, приучайте дома к ежедневной гимнастике, подсовывайте гантели и эспандеры, железные гири и боксёрские перчатки. Пусть колотят друг друга в мирной драке. Только бы не допустить, чтобы агрессия накапливалась, подобно статическому электричеству. Оно ведь имеет свойство взрываться болезненными разрядами [2].

Исходя из того, что развитие ребёнка осуществляется в деятельности, а подросток стремится к утверждению себя, своей позиции, как взрослый, среди взрослых, то необходимо обеспечить включение подростка в такую деятельность, которая лежит в сфере интересов взрослых, но в то же время создаёт возможности подростку реализовать и утвердить себя на уровне взрослых [4].

Д.И.Фельдштейн выделил социально признаваемую и социально одобряемую деятельность. Психологический смысл этой деятельности состоит для подростка в том, что участвуя в ней, он фактически приобщается к делам общества, занимает в нём определённое место и удерживает свою новую социальную позицию среди взрослых и сверстников. В процессе этой деятельности подросток признаётся взрослыми, как равноправный член общества. Это создаёт оптимальные условия и для реализации его потребностей. Такая деятельность предоставляет подростку возможность развития его самосознания, формирует нормы его жизнедеятельности. Но методы и принципы такой деятельности требуют значительной корректировки при включении в неё подростков, отличающихся повышенной агрессивностью. Прежде всего необходима организация системы развёрнутой деятельности, создающей жёсткие условия и определённый порядок действий и постоянный контроль. При условии последовательности, постепенности приобщения агрессивных подростков к различным видам социально признаваемой деятельности – трудовой, спортивной, художественной, организаторской

и других, – важно соблюдать принципы общественной оценки, преемственности, чёткого построения этой деятельности.

Таки образом, для диагностики акцентуации характера поведения были отобраны следующие методики: патохарактерологический опросник А.Е. Личко позволяющий определить тип акцентуаций характера, методика диагностики склонности отклоняющегося поведения, разработанная Вологодским центром, использована нами для выявления предрасположенности к тем или иным девиациям в поведении подростков и методика Басса-Дарки, которая определяет степень агрессивности.

При помощи методики диагностики склонности отклоняющегося поведения было выявлено, что исследуемые подростки в 9 «А» классе контрольной группе и в экспериментальной склонны к агрессии и насилию, показатели по этому классу составляют 75% и 85%. При использовании методики Басса-Дарки был выявлен повышенный уровень агрессивности у подростков, что подтверждает выявленную предрасположенность к девиации.

При помощи точечного бисериального коэффициента корреляции была доказана связь между выявленными типами акцентуации характера и предрасположенностью к агрессии и насилию у испытуемых. Следовательно, типы акцентуаций характера являются предпосылками возникновения данной девиации у подростков.

В заключении была предложена коррекционная работа по профилактике отклоняющегося поведения с подростками.

Список литературы:

1. Гиппенрейтер, Ю.Б. Введение в общую психологию. - Текст/ Ю.Б.Гиппенрейтер. Курс лекций: – М.: 2002.
2. Клее, М. Психология подростка – Текст/ М.Клее.- М.:2001.
3. Кондратьев, М.Ю. Подросток в замкнутом круге общения, – Текст/М.Ю.Кондратьев.- М.: 2007.
4. Личко, А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков, – Текст/А.Е. Личко.-М., 1983.
5. Леонгард К. Акцентуированные личности. – Киев: изд-во Логос, 2000. – 439 с.
6. Райс, Ф. Психология подросткового и юношеского возраста: – Текст/Ф. Райс.-М.: 2000.
7. Ремшмидт, Х. Подростковый и юношеский возраст проблемы становления личности: – Текст/Х.Ремшмидт.-М.: 2004.

УДК 155.9; 316.6

ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ОБУЧЕНИЯ В СИСТЕМЕ СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ КАК СПОСОБ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ

С.Е. Фрейлих

КГБПОУ «Лесосибирский технологический техникум»

г.Лесосибирск, Российская Федерация

Современное образование все настойчивее обращается к проблемам, непосредственно связанными с интересами, запросами, жизненными ценностями и здоровьем людей. Но при этом важно, чтобы систематическое изучение основ дисциплины разумно сочеталось с полноценной познавательной деятельностью обучающихся, направленной на формирование знаний, овладение обобщенными

способами действий, отработку различных приемов выполнения действий, в процессе чего развиваются сами обучающиеся. Успешное управление познавательной деятельностью обучающихся во многом зависит и от отбора учебной информации и способа ее организации.

Одно из направлений модернизации Российского образования, ориентирующей на создание необходимых условий достижения нового качества образования, связано с осуществлением индивидуализации образования на основе вариативности образовательных программ.

Индивидуализация обучения:

- организация учебного процесса, при котором выбор способов, приемов, темпа обучения обуславливается индивидуальными особенностями обучающегося;
- различные учебно-педагогические, психолого-педагогические и организационно-управленческие мероприятия, обеспечивающие индивидуальный подход.

Общие принципы индивидуализации обучения:

- индивидуализация есть стратегия процесса обучения;
- индивидуализация является необходимым фактором формирования индивидуальности;
- использование индивидуализированного обучения по всем изучаемым предметам;
- интеграция индивидуальной работы с другими формами учебной деятельности;
- учение в индивидуальном темпе, стиле;

Индивидуальный подход:

- принцип педагогики, согласно которому в процессе учебно-воспитательной работы с группой обучающихся преподаватель взаимодействует с отдельными обучающимися по индивидуальной модели, учитывая их личностные особенности;
- учет индивидуальных особенностей обучающегося в процессе обучения; - создание психолого-педагогических условий не только для развития всех обучающихся, но и для развития каждого обучающегося в отдельности.

В современной педагогической практике и теории наиболее яркими примерами технологий индивидуализации обучения являются:

- технология индивидуального обучения Инге Унт (главной формой обучения является самостоятельная работа обучающегося на уроках и дома: индивидуальные учебные задания для самостоятельной работы, рабочие тетради на печатной основе, руководства к работе);
- адаптивная система обучения А. С. Границкой (в рамках классно-урочной системы возможна такая организация работы, при которой 60-80 % времени преподаватель может выделить для индивидуальной работы с обучающимися: первая часть урока - обучение всех, вторая часть урока - самостоятельная работа обучающихся и параллельно индивидуальная работа преподавателя с отдельными обучающимися, использование обобщенных схем, работа в парах и в парах сменного состава, разноуровневые задания);
- обучение на основе индивидуально- ориентированного учебного плана В. Д. Шадрикова (развитие способностей эффективно, если давать обучающемуся картину усложняющих задач, мотивировать сам процесс учения, но оставлять обучающемуся возможность работать на том уровне, который для него сегодня возможен; учебный план, разноуровневые программы и методические пособия, которые позволяют вести обучение в зависимости от способностей обучающегося, при этом выбор уровня сложности достаточно подвижен и делается не «навсегда»).

Индивидуальное обучение – форма, модель организации учебного процесса, при которой: преподаватель взаимодействует с одним обучающимся и обучающийся взаимодействует со средствами обучения (учебник, книги, компьютер и т.п.). Главное достоинство индивидуального обучения – оно позволяет полностью адаптировать содержание, методы и темпы учебной деятельности обучающегося к его особенностям,

следить за каждым его действием и операцией при решении конкретных задач, следить за его продвижением от незнания к знанию, вовремя вносить коррекцию в деятельность как обучающегося и, так и преподавателя. Все это позволяет обучающемуся работать экономно, постоянно контролировать затраты своих сил, работать в оптимальное для себя время, что позволяет достигать высоких результатов обученности.

Программа индивидуального обучения по дисциплине «Математика» в КГБПОУ «Лесосибирский технологический техникум»

Категории обучающихся в техникуме:

- на базе основного общего образования и полного среднего образования;
- разного возраста (до 23 лет);
- после службы в РА;
- после академического отпуска по уходу за ребенком.

Обучающиеся поступают в наш техникум с различным уровнем общеучебных умений и навыков. Поэтому при разработке рабочих программ отводится место для индивидуального обучения, как на уроке, так и внеурочное время. Основной целью разработки таких индивидуальных программ является развитие каждого обучающегося и достижение качества обучения, для профессионального становления обучающегося как личности.

При разработке индивидуальной программы обучения учитываются:

- индивидуальное развитие обучающегося, его возможности и способности;
- общеучебные умения и навыки;
- мотивация и развитие познавательных интересов;
- формирование личностных качеств (самостоятельность, трудолюбие, творчество);
- траектория профессиональной деятельности обучающегося;
- развитие креативных способностей.

Организация обучения дисциплины «Математика», при разработке индивидуальной программы обучения, предполагает следующие этапы: мотивационный; деятельный, диагностический, этап осмысления деятельности и её результатов.

Формы организации учебной деятельности обучающегося при работе по индивидуальным программам обучения:

- внеурочная (программа подготовки обучающихся для конференций, олимпиад, подготовка к ЕГЭ, работа по проектам);
- самостоятельная работа обучающегося вне коллектива (программа экстерната - разработка программы обучения в соответствии ФГОС, график консультаций, график сдачи контрольных материалов);
- работа по индивидуальным образовательным траекториям на уроке и во внеурочное время (обучающийся совместно с преподавателем разрабатывает и реализует индивидуальную образовательную программу: определяет цели, критерии выбора стратегии обучения, общения и поведения, прогнозирования последствий и рефлексия результатов соответствующей деятельности, выбор методов, средств и темпов реализации этой деятельности).

Виды программ при индивидуализации обучения в техникуме:

- программа коррекции 1 (темы программ, которые изучались в основной школе);
- программа коррекции 2 (темы программы, которые изучаются по рабочей программе группы);
- программа развития (для обучающихся, которые собираются поступать в ВУЗы, сдавать ЕГЭ, интересуются математикой);
- программа «Успех» (для подготовки обучающегося к научно – практическим конференциям, олимпиадам, участие в проектах и исследовательской деятельности).

Обучающиеся при работе по индивидуальным программам обучения получают дидактический материал (учебные пособия, методические рекомендации как оформить конспект по теме, зачетные и контрольные работы, информацию по интернет-ресурсам), контрольно-измерительные материалы (разноуровневые контрольные работы, тесты по темам программы), график сдачи контрольно-измерительных материалов, график консультаций.

Такая работа помогает обучающемуся видеть свои потенциальные возможности, улучшать формирование общеучебных умений и навыков, развивать познавательные интересы по дисциплине и личностные качества, такие как, самостоятельность, трудолюбие и творчество, а значит – укреплять свое психологическое здоровье.

А для преподавателя работа с обучающимися по индивидуальным учебным программам обучения позволяет видеть и раскрывать их способности, предупреждать неуспеваемость обучающихся, формировать общеучебные умения и навыки (при опоре на зону ближайшего развития каждого обучающегося), улучшать учебную мотивацию и развить профессиональные и социальные компетенции у своих обучающихся, минимизировать риск профессионального выгорания.

Список литературы:

1. Степанов, Е., Алексеева, Н.. Развитие индивидуальности ребенка как предмет воспитательной деятельности. Воспитание школьников. 2005. № 1. С.2 - 8.
2. Степанов, Е., Алексеева, Н.. Развитие индивидуальности ребенка как предмет воспитательной деятельности. Воспитание школьников. 2004. № 10. С.3 - 6.
3. Иванова, Е.О. Личностно-ориентированное обучение: индивидуализация содержания образования. Завуч. 2002. № 8. С. 100 - 117.

РАЗДЕЛ 5. ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ

УДК 159.97

КОПИНГ-СТРАТЕГИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В СТРУКТУРЕ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ

А.О. Алампиев

ФГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный университет путей сообщения»
г.Хабаровск, Россия

Во многих странах отмечается медленный рост числа больных шизофренией. Расхождения в показателях заболеваемости и распространенности в различных странах обусловлены главным образом различными диагностическими подходами и процедурами выявления больных. Показатели заболеваемости (183 на 100 000 населения) и распространенности (410,1 на 100 000 населения) шизофрении в России находятся на уровне среднемировых. За 15 лет количество больных шизофренией в мире увеличилось на 30% и сегодня составляет 45 млн. человек (0.8%). Число больных шизофренией в России превышает 500 тыс. человек, только в Москве их насчитывается 60 тыс. При этом 80% таких людей (300 тыс.) – инвалиды (Курек Н.С). Шизофрения является одной из основных причин, приводящих к инвалидности. В исследовании, проведенном в 14 странах в 1999 году, было показано, что состояние активного психоза занимает в этом отношении третье место после полного паралича (квадриплегии) и деменции, превосходя по инвалидизирующему воздействию параплегию и слепоту. Однако течение болезни обнаруживает значительное многообразие и никак не связано с неизбежностью хронического развития или прогрессирующего нарастания дефекта. Представление (прежде общепринятое), что шизофрения является прогрессирующим заболеванием, в настоящее время отвергается специалистами и не подтверждается исследованиями когнитивных функций (Коломийцева О.А.).

Научными и клиническими исследованиями выявлено, что адаптация, является одним из показателей течения рассматриваемого заболевания, и зависит от тех копинг-стратегий, которые больные используют во взаимодействии с окружающим миром. Качество жизни больных шизофренией существенно улучшится, если они будут использовать эффективные способы совладания с трудными ситуациями.

С целью изучения механизмов совладающего поведения, благоприятно влияющих на адаптацию больных было организовано исследование копинг-стратегий во внутренней картине болезни больных шизофренией.

В качестве практического результата исследования поставлена задача разработать рекомендации для клинических психологов.

Гипотеза исследования: копинг-стратегии больных шизофренией влияют на адаптацию к болезни и качество жизни.

Методы исследования: анализ медицинской и психологической литературы, включая периодические издания; клинико-биографический метод; клиническая беседа; копинг-тест Лазаруса.

Исследование проводилось с января по апрель 2015 года на базе Краевой клинической психиатрической больницы г Хабаровска, отделения №4 и №6.

Данная проблема изучалась такими авторами, как Анохин Е.Ю., Будза В.Г., Кустова Ю.А., Моисеев С. В. (Копинг-поведение больных шизофренией с первым психотическим эпизодом и его динамика в процессе психообразования), Исаевой Е. Р. в диссертации, и другими авторами.

В данном исследовании участвовало 18 человек, в возрасте от 25 до 49 лет, различающиеся по половому признаку, количеству госпитализаций, наличию инвалидности, структуре дефекта, образованию.

По структуре дефекта испытуемые разделены на три группы: психопато-подобный, параноидный и апато-обулический.

На основе полученных результатов выявляется один или несколько доминирующих способов совладания со сложными жизненными ситуациями.

В каждой группе выявлены специфические копинг-стратегии, выраженные у большинства из испытуемых данной группы.

Для группы с параноидным дефектом специфической копинг-стратегией явился самоконтроль. Данная копинг-стратегия ярко выражена у всех испытуемых (8 человек), остальные стратегии поведения оставались на низком уровне, либо были сугубо индивидуальны. Самоконтроль характеризуется преодолением негативных переживаний в связи с проблемой, за счет целенаправленного подавления и сдерживания эмоций, минимизации их влияния на выбор стратегии поведения, высокий контроль поведения, стремление к самообладанию. По всей видимости выраженность данного копинга объясняется высокой потребностью в контроле за продукцией психики, которая искажена вследствие структуры дефекта.

Группа с психопатоподобной структурой дефекта отличается высоким уровнем функционирования большинства копинг-стратегий, однако и в этом случае удалось выделить некоторые механизмы совладания, такие как конфронтация и дистанцирование. Дистанцирование заключается в преодолении негативных переживаний в связи с проблемой за счет субъективного снижения ее значимости. Характерно использование интеллектуальных приемов рационализации, переключения внимания, отстранения. Стратегия же конфронтации часто рассматривается как неадаптивная, однако при умеренном использовании она обеспечивает способность личности к сопротивлению трудностям, энергичность и предприимчивость при разрешении проблемных ситуаций. Этим можно объяснить дезадаптивное поведение, которое зачастую проявляют больные с психопатоподобной структурой дефекта.

Третья группа – испытуемые с апато-обулической структурой дефекта. У данных больных наиболее ярко выражены положительная переоценка и принятие ответственности. Для положительной переоценки характерна ориентированность на личностное, философское осмысление проблемной ситуации, включение ее в более широкий контекст работы личности над саморазвитием. Выраженность принятия ответственности в поведении может приводить к неоправданной самокритике и самобичеванию, переживанию чувства вины и хронической неудовлетворенности собой, что полностью соответствует структуре дефекта данных больных.

В результате проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

Существует определенная зависимость между доминирующими копинг-стратегиями личности больного и степенью адаптации к окружающей среде и болезни.

Так наиболее благополучными копинг-стратегиями явились: «поиск социальной поддержки» и «самоконтроль». Испытуемые, обладающие данными механизмами, демонстрируют более благоприятное течение заболевания, лучшую сохранность личности, более активное взаимодействие с окружающей средой.

Анализ результатов исследования показал, что существует зависимость между доминирующими копинг-механизмами личности больного и степенью адаптации к окружающей среде и болезни, и выявил следующие проблемы: при использовании определенных копинг-механизмов (дистанцирование, избегание) адаптация больных ухудшается, течение заболевания более прогрессирующе. Такие больные имеют более

выраженную негативную симптоматику, более низкую мотивацию, чаще склонны к агрессивному поведению, менее адаптивны.

Для более эффективной адаптации необходима выработка у больных эффективных копинг-механизмов, таких как поиск социальной поддержки и самоконтроль. Больные, использующие данные копинг-стратегии более опрятны, позитивнее настроены к окружающим, к себе и своей болезни. Такие больные чаще остаются работоспособными (частично работоспособными), чаще сохраняют семьи, прогноз на лечение у таких больных более позитивный.

Люди, больные шизофренией испытывают сложности в адаптации к окружающей среде и своей болезни, использование же эффективных копинг-стратегий дает возможность более успешно адаптировать больных данной категории, сохранить их трудоспособность и позитивное отношение к болезни, что безусловно положительно сказывается на адаптации больных.

Больные шизофренией занимают достаточно высокий процент от общего числа людей, страдающих психическими расстройствами. Проблема гармонизации адаптационных способностей является актуальной и требует разработки и внедрения определенных мер. Проявления шизофрении весьма разнообразны, болезнь затрагивает все сферы деятельности человека, ограничивая его трудоспособность, и подрывая гармоничное существование. Внутренняя картина болезни во многом зависит от тех механизмов совладающего поведения, которые использует больной. Положительное значение имеют стратегии совладания, направленные на поиск социальной поддержки и минимизации значимости собственных переживаний, в то время как наиболее негативно влияющими на течение болезни и качество жизни таких больных являются копинг-стратегии, направление на изоляцию и уход от социальных контактов.

Результаты исследования позволяют сделать вывод о том, что в зависимости от тех механизмов совладающего поведения, которые использует больной, развиваются адаптационные способности личности, способность приспосабливаться к болезни, осуществляется сохранность личности в целом.

Для помощи больным шизофренией, испытывающих обозначенные проблемы мы предлагаем проводить тренинговые занятия, ориентированные на социальное взаимодействие, а также разработать индивидуальные программы работы с пациентами данной категории.

Список литературы:

1. Александровский Ю.А. Доболезненные формы эмоциональной напряженности (дефиниция, диагностика, пути предупреждения и коррекции) // Предболезнь и факторы повышенного риска в психоневрологии/ Александровский Ю.А., Собчик Л.Н. -Л., 1986.
2. Александровский Ю.А. Социально-стрессовые расстройства// Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева./ Александровский Ю.А.; Л. - 1992. -В.2-С.5- 10.
3. Ануфриев А.Ю. Компенсация и адаптация как биосоциальная основа реабилитации психически больных . Врачебно-трудовая экспертиза и социально-трудовая реабилитация лиц с психическими заболеваниями/ Ануфриев А.Ю. - М., 1974.
4. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Березин Ф.Б. - Л.: Наука, 1988,-267с.
5. Бодалев А.А. Формирование понятия о другом человеке как личности/ Бодалев А.А. - Л.: Изд-воЛГУ, 1970
6. Бодалев А.А. Введение // Мотивация личности (Феноменология, закономерности и механизм формирования)/ Бодалев А.А. - М., 1982. - С. 3-5.

7. Болдырева О.И. Об основных параметрах оценки трудовых установок больных шизофренией // Актуальные проблемы психиатрии (клиника, патогенез, лечение, соц. реабилитация)/ Болдырева О.И. - М., 1981. - с. 34 -

8. Бочаров В.В. Аутопластический аспект болезни при сосудистых неврологических заболеваниях мозга в связи с задачами восстановительного

9. Веселова Н.В. Особенности психологических конфликтов и копинг-поведения у лиц, обращающихся за психологической помощью, и больных неврозами: Дисс. . канд. психол. наук/ Веселова Н.В. - СПб., 1995. -262 с.

10. Вид В.Д. Психоаналитическая психотерапия при шизофрении/ Вид В.Д. -СПб, - 1993.-236с.

11. Виру А.А. Механизмы общей адаптации. Успехи физиол. наук/ Виру А.А. - Т.П. 1980. - № 4. - С.27 - 46.

12. Кербиков О.В. Микросоциология, конкретно-социологические исследования и психиатрия/ Кербиков О.В. - Вестник АМН СССР. 1965. - Т.1. - С. 7 - 16.

13. Коломийцева О.А. Нарушение коммуникативной компетентности у больных шизофренией/ Коломийцева О.А. // Психологический журнал. 1992. - № 31. - С.69 - 77.

14. Кондаков И.М. Экспериментальное исследование структуры и личностного контекста локуса контроля/ Кондаков И.М., Нилонец М.Н. // Психол. журнал, 1995, т. 16, № 1- С.35 38.

15. Коцюбинский А. П. О связи личностных и социально-психологических факторов с особенностями ремиссий . Реабилитация больных психозами/ Автореф. дисс. . канд. психол. наук/ Курек Н.С. - М., 1982. - 25 с.

16. Курек Н.С. Исследование эмоциональной сферы больных шизофренией на модели распознавания эмоций по невербальной экспрессии / Курек Н.С. /

17. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования // Эмоциональный стресс / Лазарус Р. -Под ред. Л. Леви; 1970. - С. 178 - 208.

18. Леонтьев А.Н. Потребности, мотивы, эмоции/ Леонтьев А.Н. - М., 1971. - С.2-6.

19. Леонтьев А.Н. Деятельность, сознание, личность/ Леонтьев А.Н. - М., 1975.

УДК 159.96

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О БУДУЩЕМ У ЛИЦ С ПАНИЧЕСКИМИ И ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Т.Е.Андрющенко, Ю.В.Живаева

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого»

К.С.Калиновская

ФГАОУ ВПО «Сибирский Федеральный Университет»

г.Красноярск, Россия

В условиях современной быстро меняющейся реальности мы можем говорить о большем количестве стрессоров и растущей потребности в быстрой адаптации к новым условиям, что само по себе повышает уровень напряжения полностью психически здоровых индивидов и сильно затрудняет положение для людей с нарушениями адаптации и пограничными состояниями.

Тревога и страх являются адаптационными функциями. Они мобилизуют энергию и запускают в организме защитные реакции против опасности: бегство или нападение. Страх является одной из базовых отрицательных эмоций, к числу которых относят те эмоции, которые имеют глубокие филогенетические корни, т.е. имеются не только у человека, но и у животных. Паника связана с практически постоянно повышенным

уровнем тревожности, что негативно сказывается на психическом здоровье и здоровье в целом. При этом в настоящее время панические и тревожно-фобические расстройства относятся к одним из наиболее распространённых форм пограничных состояний. По данным статистики около 6% людей страдают данными видами тревожных и тревожно-фобических расстройств в разные периоды своей жизни. Особый интерес представляют панические расстройства, выраженные в панических атаках, которыми страдает от 1,5 до 3% населения, и тревожно-фобические, выраженные в интенсивном страхе, как наиболее ярко протекающие (Пивоварова, 2005).

Относительно представлений о будущем исследователи используют равнозначную категорию «образ будущего», которая трактуется как «синтез когнитивных и эмоциональных процессов, в ходе которых осознаются и наделяются смыслом и эмоциональной окраской события прошлого и прогнозируемые события и обстоятельства будущего». К. Левин одним из первых начал разрабатывать вопрос субъективного времени и представлений. Он ввёл категорию временной перспективы, которую понимал как «полную совокупность представлений индивидуума о своём будущем, настоящем и прошлом, существующую в данный момент времени». Таким образом, представления о будущем являются частью временной перспективы индивида (Карвасарский, 2010).

Исследования, связанные с построением картины будущего, разрабатывались в русле изучения психологического времени человека и его жизненного пути. Основу для этого подхода заложили в своих работах С.Л. Рубинштейн и Б.Г. Ананьев, через которые наука обогатилась рядом терминов, описывающих представления человека о собственном будущем: жизненные планы, жизненная перспектива, образ будущего, жизненная программа и др.

Современное определение невроза звучит следующим образом: «Неврозы — группа заболеваний с нерезко выраженными нарушениями психической деятельности, возникновение, течение, компенсация и декомпенсация которых определяются преимущественно психогенными факторами (Снежневский, 1985).

Тревога, возникающая и при паническом, и при тревожно-фобических расстройствах, является декомпенсаторной, разрушающей здоровую деятельность. Она, таким образом, причисляется к признакам невроза. Поэтому мы можем причислять оба расстройства к группе неврозов.

В связи с повсеместным использованием МКБ-10 на данный момент употребляется термин «паническое расстройство». Паническое расстройство, эпизодическая пароксизмальная тревожность, — это психическое расстройство, характеризующиеся спонтанным возникновением панических атак, выражающихся во внезапной тревоге, не связанной с объективной ситуацией, в сочетании с вегетативными симптомами от нескольких раз в год до нескольких раз в день и ожиданием их возникновения (МКБ-10. 1994, Шейдер, 1998). Панические атаки — это внезапный приступ тревоги и страха, сопровождаемые рядом вегетативных проявлений, таких как чувство удушья, тошнота, потливость, чувство жара или озноба и т.д. Кроме того, как вторичное явление часто присутствует боязнь умереть, потерять контроль над собой или сойти с ума. При паническом расстройстве с агорафобией панические атаки случаются в «потенциально опасных» местах, т.е. местах, где получить помощь или сбежать из них не представляется возможным (самолеты, трамваи, на улице и т.д.) (Александровский, 2007; Карвасарский, 2010).

Учёные также определили зоны мозга, которые задействованы во время панических атак. Данные о роли серотонина в патогенезе панических расстройств получены в фармакологических исследованиях (ловик). Около 10-12% популяции испытывают единичные ежегодные приступы паники. 80% хотя бы раз в жизни испытывали паническую атаку. Но это не означает, что все больны паническим

расстройством. Только у меньшей части популяции данное состояние ведет к нарушению социальной адаптации, чрезмерному стрессу и изменению привычного ритма жизни. Женщины страдают от панических атак чаще, чем мужчины (Александровский, 2007).

Приступы чаще возникают у людей, обладающих определенными личностными особенностями. Так, среди женщин преобладают личности, которым свойственна демонстративность, преувеличенная потребность привлечь к себе внимание и жажда признания. В своем поведении они нередко рисуются, преувеличивая чувства, стремятся заинтересовать собой и быстро остывают к тем, кто не проявляет к ним той степени участия, которой они ждут (так называемые гистрионные личности). У мужчин нередко выявляется совершенно иной тип патохарактерологии – то, что именуется «ипохондрией здоровья». Речь идет об особом, напряженном интересе к своему физическому самочувствию. Для них важно постоянно заниматься оздоровлением и ощущать себя в отличной форме.

Часто можно проследить связь панического расстройства с пережитыми отрицательными эмоциями в детстве. Примерно у половины детей, страдающих школьной фобией (т. е. страхом перед школой), при взрослении появляются симптомы панических атак (Нюттен, 2004).

Тяжёлые утраты (смерть близких людей, развод) чаще выявляются в анамнезе у больных паническим расстройством, чем у больных с монополярной депрессией. Средний возраст начала панического расстройства - 20-25 лет. М.Ф. Фурсова выделяет три группы эмоциональных реакций во время приступа: эмоциональные фобии (страх смерти, страх инсульта, страх сойти с ума), дисфорические проявления (агрессия, обида, раздражительность) и депрессивные (тоска, подавленность, жалость к себе) (Фурсова, 2006).

Фобические тревожные расстройства – рубрика F40 в МКБ-10. Фобические расстройства характеризуются навязчивым, необъяснимым или преувеличенным страхом перед какими либо предметами, ситуациями или физиологическими проявлениями, которые по существу не могут быть причиной страха и тревоги (МКБ-10, 1994). Приступ фобии вызывает у человека резкое беспокойство, потливость и учащенное сердцебиение. Страдающие фобией люди отдают себе отчет, что этот острый страх чрезмерен и безоснователен, но продолжают испытывать беспокойство, облегчить которое можно, только не сталкиваясь с объектом фобии. Потребность избегать определенных ситуаций может существенно ограничить возможности человека пробовать в жизни что-нибудь новое. Обычно фобии развиваются в позднем детстве, юности или ранней молодости. Фактор риска зависит от разновидности фобии. Образ жизни значения не имеет. Ю.А. Александровский относит фобии к навязчивым состояниям и описывает их следующим образом: «...больные боятся смерти от какой-либо определенной причины, боятся темноты, закрытых пространств (например, театрального зала, из-за чего не посещают театр), острых предметов (которыми они будто бы могут нанести себе порезы), рукопожатия или прикосновения к дверям («чтобы не заразиться»), покраснения лица и многого другого. Страхи накладывают определенный отпечаток на все поведение больных, оно нередко вызывает насмешки окружающих, особенно в тех случаях, когда больные совершают защитные от навязчивостей действия — ритуалы. Действительно, странно видеть человека, который, чтобы «нечаянно не выброситься из окна», спит в коридоре, где нет окон, а двери в другие комнаты запирает на ключ. Или, поднимаясь по лестнице, «чтобы не упасть и не сломать ногу», через каждые три ступеньки останавливается и производит своеобразный «ритуальный обряд» — два раза подпрыгивает на одной ноге. Страх заболеть, например, раком побуждает больных ходить от врача к врачу, не веря, что они здоровы, настоятельно просить сделать им операцию. К особому виду фобий относятся навязчивые опасения, связанные с профессией. Так,

например, у актеров иногда развивается страх, что на сцене они «забудут текст роли», «упадут в оркестровую яму» и т.п. Попытки преодолеть эти состояния обычно сопровождаются одышкой, обильной потливостью, расширением зрачков, бледностью лица и другими вегетативными расстройствами» (Александровский, 2007).

Мы можем говорить о том, что тревожное ядро, являющееся основой обоих расстройств будет влиять на чёткость восприятия и адекватность апперцепции (Александровский, 2007, Жане, 1911, Зейгарник, 1981). Человек может ставить неадекватные, невыполнимые задачи или не ставить задач вовсе. Карвасарский говорит об аффективной дезорганизации при неудачах у больных неврозами, к которым относятся как паническое, так и тревожно-фобические расстройства. Это может проявляться как в форме «умственной жвачки», так и в форме отказа выполнения заданий и самоуничижения (Зейгарник, 1981).

Таким образом, представления о будущем и тревожное ядро болезни каким-то образом связаны. Мы не знаем характеристик этой связи: присутствуют ли изначально дезорганизованные представления о будущем, вследствие чего возникает тревога, или же тревога дезорганизует представления о будущем.

Также есть данные, позволяющие сделать вывод, что у лиц с тревожно-фобическими расстройствами также присутствуют нарушения антиципации, как и у лиц с паническими расстройствами. Так как при нарушении прогнозирования наблюдаются и нарушения образа будущего, у обеих групп предполагается низкая насыщенность событиями представлений о будущем. Столь яркие проявления обоих расстройств, могут привести к негативным представлениям о будущем.

Исследование было проведено на двух группах испытуемых по 12 человек. В первой группе находились лица, испытывающие панические атаки, в возрасте от 20 до 50 лет, 11 женщин и 1 мужчина, во второй группе находились лица, страдающие от тревожно-фобических расстройств, в возрасте от 20 до 43 лет, 11 женщин и 1 мужчина.

Методики исследования:

- Методика исследовательского интервью;
- Каузометрический метод А. Кроника и Р. Ахмерова (Кроник, Ахмеров, 1982);
- Методика Коттла (Кроник, Ахмеров, 1982);
- Методика незаконченных предложений Сакса-Леви (Sachs, Levy, 1950)

В ходе исследования выявлены следующие результаты: у обеих групп преобладают позитивные представления о будущем. Однако группой испытуемых с паническими атаками представления о будущем, в отличие от группы испытуемых с фобиями, воспринимается автономно от настоящего, и предположительно испытуемые не видят способа перехода от неблагоприятного или однообразного настоящего к более благополучному будущему.

Испытуемые с фобиями демонстрируют позитивное восприятие будущего, где будущее, настоящее и прошлое представлены наложенными друг на друга кольцами. Это означает, что испытуемые воспринимают свои прошлое, настоящее и будущее как стабильные, где они не предполагают изменений в своих планах на будущее.

Представители обеих групп имеют низкий уровень насыщенности представлений о будущем. Испытуемые с паническими атаками в методике незаконченных предложений описывают будущее как позитивное, как и испытуемые с фобиями. Представление о будущем является позитивным у обеих групп.

Далее мы сравнили обе группы по 9 признакам для нахождения статистических различий: различия в выделении событий, находящихся в наибольшем и наименьшем количестве межсобытийных связей, выделяемых в прошлом и будущем (4 признака), различия в уровне насыщенности представлений о будущем, отношение к будущему, позитивное описание будущего в методике незаконченных предложений, позитивный

образ себя в будущем, связность восприятия будущего и настоящего. Найдя статистические различия или их отсутствие мы сможем выделить, чем представления о будущем у лиц с паническим и тревожно-фобическим расстройствами сходны и чем различны.

У обеих групп представление о будущем имеет низкий уровень насыщенности, по критерию Фишера значимых различий нет ($F_{\text{эмп}} = 1.582$), это означает, что представления о будущем у обеих групп обладают низким уровнем насыщенности. По отношению к будущему по результатам значений в методике незаконченных предложений значимых отличий обнаружено не было ($F_{\text{эмп}} = 1.582$ по критерию Фишера), что означает, что обе группы в целом видят будущее как позитивное. По описанию будущего испытуемыми в методике незаконченных предложений также нет значимых различий ($F_{\text{эмп}} = 0.818$).

Представители обеих групп показывают достоверные различия в описании образа себя в будущем, группа лиц с паническими атаками видит себя в будущем неблагоприятно ($F_{\text{эмп}} = 1.69$ по критерию Фишера).

Получены достоверные различия в связности образов прошлого, настоящего и будущего (по критерию Фишера): испытуемые с фобиями воспринимают данные отрезки как единую линию времени, связывают их в некоторую продолжительность, в отличие от лиц с паническими атаками. Лица с паническими атаками воспринимают настоящее и будущее несвязно. Это – различие между представлениями о будущем у лиц с паническим и тревожно-фобическими расстройствами.

Наши данные показывают, что представления обеих групп являются позитивными, что может быть связано с невротической природой обоих расстройств: будущее кажется чрезмерно позитивным, в будущем всё получается.

Также представление о будущем у лиц с паническими расстройствами оказалось несвязанным с представлением о настоящем, в отличие от группы лиц с фобиями, где представление о будущем было связано с настоящим. Это может являться показателем влияния механизма расстройства на представления: мы наблюдаем, что у испытуемой с паническими атаками, длящимися около трёх месяцев, представления о будущем по кругам Коттла выглядят согласно возрастной норме для здоровых лиц 15-24 лет. (Краснянская, 2012). Эта испытуемая также описывала себя в позитивном ключе в будущем в отличие от большинства испытуемых с паническими атаками, которые обладают негативным образом себя в будущем. Возможно данные показатели являются осложнением панического расстройства: чем больше «стаж» расстройства, тем менее логически связанными в сознании испытуемого являются представления о будущем и настоящем.

Лица с паническими атаками и лица с тревожно-фобическими расстройствами выделяют незначительно различающееся количество событий в категории наиболее важных, принадлежащих к каждому времени. Это будет являться сходством представлений о будущем у лиц с паническим и тревожно-фобическими расстройствами (по критерию Манна-Уитни).

Таким образом, мы можем сделать заключение по гипотезе. Согласно гипотезе мы предполагали, что уровень насыщенности представлений о будущем у лиц с тревожно-фобическими и паническим расстройствами будет низким, и представления о будущем у лиц с паническим и тревожно-фобическими расстройствами будут негативными. Представление о будущем у лиц с тревожно-фобическими и паническим расстройствами оказались позитивными, а уровень насыщенности представлений о будущем – низким, наша гипотеза не подтвердилась.

На основании данных исследования мы имеем возможность сформулировать следующее:

- 1) Представление о будущем у лиц с паническими атаками является позитивным с низким уровнем насыщенности событиями, представление о будущем является несвязным с настоящим по методике Коттла.
- 2) Представление о будущем у лиц с тревожно-фобическими расстройствами является позитивным с низким уровнем насыщенности событиями, представление о будущем является связным с настоящим по методике Коттла.
- 3) Таким образом, у обеих групп представления о будущем являются позитивными с низким уровнем насыщенности событиями, но у группы лиц с паническими атаками представление о будущем несвязано с настоящим по методике Коттла, в отличие от группы лиц с тревожно-фобическими расстройствами.

Итак, мы получили данные, согласно которым уровень насыщенности представлений о будущем у лиц с паническими атаками и лиц с тревожно-фобическими расстройствами не отличается и является низким. Это подтверждается научными данными: «...во – вторых, недостаточность сформированности представлений человека о своем будущем выражается в неадекватности жизненных целей, а также в степени конкретизации жизненных планов» (краснянская), согласно исследованию Голосовой А.Ю, описанном в её статье «Самовосприятие и образ будущего у пациентов с паническими атаками», касательно образа будущего «характерна неопределенность, туманность и размытость его представлений (Голосова, 2013), и наконец исследование Головиной А. Г «Прогностическая компетентность подростков, страдающих фобическими расстройствами» показало, что «при всех выделенных типах фобий и в выборке в среднем показатели вероятностного прогнозирования достоверно не достигали нормативных (Головина, 2011).

Результаты нашей работы можно использовать в практике работы с взрослыми с паническим и тревожно-фобическими расстройствами в рамках работы с антиципацией будущего клиентами, возможно работой над созданием клиентом совместно с психологом или психотерапевтом привлекательных реально достигаемых событий будущего для терапии наличествующих расстройств.

Список литературы:

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. Учебное пособие.//М., 2007г
2. Головина А.Г. Прогностическая компетентность подростков, страдающих фобиями//Сибирский вестник психиатрии и наркологии, Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томск, 2011
3. Голосова А.Ю. «Самовосприятие и образ будущего у пациентов с паническими атаками». //Личность в экстремальных условиях жизнедеятельности №3, 2013
4. Жане П. Нервозы/пер.с франц. М., 1911, стр 164
5. Зейгарник Б. В. Теория личности Курта Левина. — М.: Изд-во московского университета, 1981.
6. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология.//СПб, Питер, 2010 – 864
7. Краснянская Т. М., Тылец В. Г. Время как интерпретационная категория психологического пространства безопасности личности студента // Вестник Пятигорского государственного лингвистического университета. — 2012. — № 3. — С. 221–225.
8. Кроник А., Ахмеров Р.Каузометрия. Методы самопознания, психодиагностики и психотерапии в психологии жизненного пути//Смысл, 2008
9. МКБ-10 Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. ВОЗ/Пер. с англ. Под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. –М: СПб, Адис, 1994.

10. Нюттен Ж. Мотивация, действие и перспектива будущего.// Смысл, 2004
11. Пивоварова А.М., Белоусова Е.Д. Панические атаки.//Трудный пациент, №12, 2005.
12. Снежневский А.В. Справочник по психиатрии.2-е изд., перераб. и доп.// М.: Медицина, 1985. — 416 с.
13. Фурсова М.В. Комплексное лечение панического расстройства.// Лечащий врач. №3, 2006, С.84-86.
14. Шейдер Р. Психиатрия. – М.: Практика, 1998. – 496 с.
15. Lovick T.A. Panic Disorder-A Malfunction of Multiple Transmitter Control Systems within the Midbrain Periaqueductal Gray Matter // Neuroscientist, February 2000 vol. 6, №1.
16. Sachs J.M., Levy S. The sentence completion test // Bellak L. (ed.) Projective psychology. - N.Y.: Knopf, 1950. - P. 357-397.

УДК 159.9.07

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ МОЛОДЕЖИ ОБ УПОТРЕБЛЕНИИ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

К.А.Афанасьева

ФГОУ ВПО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова»
г.Чебоксары, Россия

Статья описывает особенности социальных представлений молодежи об употреблении психоактивных веществ, проводится исследование мотивационной и ассоциативной сферы студентов с целью прогнозирования и установления степени риска формирования у них зависимостей от психоактивных веществ.

Ключевые слова: алкоголь, табак, психоактивные вещества, социальные представления, мотивация употребления алкоголя, ассоциативные связи.

Так как студенческий период является одним из периодов наиболее подверженных возникновению зависимостей, выявление формирования мотивации употребления алкоголя и табачных изделий, а так же выявление формирования положительных ассоциативных связей, связанных с процессом употребления психоактивных веществ, является необходимым для исследования и предотвращения последующего формирования зависимостей.

Данный возрастной период представляет собой период окончательного формирования личности и несет в себе как множество возможностей, так и «подводных течений». Личность в это время в основном является юридически совершеннолетней и несущей полную юридическую ответственность за свои действия, однако, зачастую, в психическом плане, представляя собой до конца не сформированную личность. Исходя из этого, можно сделать вывод, что, так как употребление алкоголя и табачных изделий не является уголовно наказуемым деянием, а так же зачастую является социально приемлемым поведением и не вызывает порицания, ассоциируясь с социально зрелой личностью. При этом волевые компоненты личности, в рассматриваемом возрастном периоде, в полном объеме еще не сформированы, что может привести к возникновению психической зависимости. Таким образом, вследствие того что, этот период является переломным моментом для окончательного становления сформировавшейся личности он является наиболее уязвимым для формирования психических зависимостей.

Известно, что зависимость от психоактивных веществ является иллюзорно - компенсаторной деятельностью. У студентов с высокой склонностью к зависимости отношение к потреблению психоактивных веществ является иррациональным. В нем

присутствует символическое представление о психоактивных веществах как о критериях, характеризующих здоровье, выносливость, зрелость, силу, мужественность. Понятие здорового образа жизни является искаженным, так как оно включает употребление психоактивных веществ (Герасимова В.В., Карпов А.М., Грязнов А.Н., Дергунова Д.И. 2011).

Злоупотребление психоактивными веществами влечет за собой разнообразные негативные последствия, и рассматриваются в качестве факторов риска, ведущих к ухудшению здоровья, во всем мире. По данным Всемирной организации здравоохранения. Во всем мире в результате вредного употребления алкоголя ежегодно происходит 3,3 миллиона смертей, что составляет 5,9% всех случаев смерти. Потребление алкоголя приводит к смерти и инвалидности относительно на более ранних стадиях жизни. Среди людей в возрасте 20-39 лет примерно 25% всех случаев смерти связаны с алкоголем (Данные из доклада ВОЗ о положении в области употребление алкоголя. 2015).

Так же в настоящее время достоверно установлено, что курение табака относится к одному из агрессивных факторов риска, приводящему к развитию различных хронических неспецифических заболеваний, имеющих большое социальное значение, таких как болезни системы кровообращения, органов дыхания, злокачественные новообразования. Согласно прогнозам Всемирной организации здравоохранения к 2020 году табак станет одной из главных причин смертей и заболеваний по всему миру.

Студенческий период является временем, когда каждая личность испытывает напряжение и давление, как окружающей напряженной атмосферы, так и различных требований как своих, так и окружающих и соответственно именно в моменты наибольшего психологического напряжения стремление отстраниться и отвлечься приводит к частому употреблению психоактивных веществ. Что может преобладать над более продуктивными способами редукации напряжения (потребность в релаксации). Изменения эмоционального состояния (избавление от тревоги, депрессии, апатии и другое); получения удовольствия (поиск острых и необычных ощущений); повышения самооценки и самоуважения, достижения самоутверждения; компенсации (замещение каких-либо недостающих человеку форм и способов удовлетворения потребностей); общения и коммуникации; научения или подражания, средство поддержания принятого ритуала; межличностной защиты (манипуляция). Патологическое влечения при этом выступает как средство компенсации какого-либо психологического дефицита личности, дисгармонии характера системы отношений и мотивационной сферы (Немчин, Цицарев. 2009). Соответственно складывающиеся во время этого процесса модели поведения, такие как употребление психоактивных веществ, ведущих к ослаблению осознания накопившихся проблем, могут иметь долговременные негативные последствия для личности в будущем. В результате, этот период является наиболее уязвимым для формирования негативных зависимостей.

Исходя из всего выше перечисленного, актуальность данного исследования заключается, в необходимость исследования социальных представлений молодежи, что обусловлено большим формированием зависимостей в данном возрастном сегменте. Так как под воздействием средств массовой информации и социальной среды у молодежи формируется, образ взрослой и самодостаточной личности связанной с употреблением психоактивных веществ.

Целью исследования является изучение особенностей социальных представлений молодежи об употреблении психоактивных веществ.

Материал и методы для настоящего исследования послужили данные, полученные при проведении опроса 24 студентов - психологов Чувашского государственного университета им И.Н. Ульянова г. Чебоксары. Средний возраст, которых составляет 19 лет, среди них 33% мужчин и 67% девушек. Был проведен опрос при помощи специально

разработанной анкеты, а также опросник мотивации употребления алкоголя у больных алкоголизмом и здоровых людей.

При помощи специально разработанной анкеты были получены следующие данные, которые свидетельствуют о наличии у испытуемых положительных ассоциативных связей связанных с употреблением табака (41,6%), курительных смесей (29,1%), алкоголя (41,6%), «легких» (29,1%), и тяжелых наркотических средств (12,5%). Отрицательно - негативное восприятие молодежью, к приему табака (58,3%), курительных смесей (70,8%), алкоголя (58,3%), «легких» наркотиков (70,8%), тяжелых наркотических веществ (87,5%). Следовательно, негативные ассоциативные связи преобладают над позитивными, что в общем плане несет позитивную окраску данных выводов и свидетельствует о социально сформированном факте негативного восприятия психоактивных веществ.

Далее полученные данные по методике «Мотивация употребления алкоголя у больных алкоголизмом и здоровых людей», свидетельствуют, что основным фактором мотивации употребления алкоголя является традиционная мотивация. Средние баллы составили 2,25 баллов. Алкоголь в данном случае употребляется молодежью по «санкционированным» поводам — праздники, банкеты, деловые встречи, банные дни и так далее.

На втором месте мотивации употребления алкоголя, по результатам исследования, находится гедонистическая мотивация, среднее значение которой составило 1,41 балла. Такая мотивация отражает стремление к физическому и психологическому удовольствию от действия алкоголя, к эйфории, повышенному настроению. Стремление отвлечься от насущных проблем и переживаний.

Третье место занимает псевдокультурная мотивация употребления алкоголя, среднее значение которой составляет 1,2 балла. Употребление алкоголя в данном случае, отражает желание привлечь к себе внимание окружающих. В этом случае алкоголь становится для человека символом красивой жизни. Формированию такого представления о спиртном способствуют в первую очередь средства массовой информации: реклама и кинофильмы, в привлекательном виде преподносящие процесс употребления спиртного. Нередко чертами характера людей, пьющих по этой причине, являются крайний эгоцентризм, стремление «показать себя», привлечь внимание окружающих.

Наименьшими показателями мотивации употребления алкоголя, является «аддиктивная» мотивация среднее значение составляет 0,3 балла. Пристрастие к алкоголю, психологическое влечение к нему. Что встречается чаще всего на первой и второй стадиях алкоголизма. Мотивация с гиперактивацией поведения среднее значение составляет 0,2 балла. Алкоголь употребляется в качестве допинга – для того, чтобы поднять тонус, стимулировать воображение и творческую деятельность, улучшить работоспособность. Ожидание стимулирующего эффекта алкоголя, желание выйти из состояния скуки и бездействия свойственно для импульсивных, эмоционально неустойчивых людей с повышенной потребностью в острых ощущениях, в риске, стимуляции.

Ни кто из респондентов, не актуализировал такой мотив как, мотив самоповреждения. Такой мотив проявляется, как стремление пить назло себе и другим. В основе может лежать протест против невыносимых условий, потеря перспективы, ощущение беспомощности или невозможности справиться со своим пристрастием, утрата смысла трезвости и даже смысла жизни (Мотивации употребления алкоголя у больных алкоголизмом и здоровых людей. 2015).

Вывод. Несмотря на преобладание отрицательных ассоциативных связей в социальных представлениях молодежи об употреблении психоактивных веществ, достаточно велика доля респондентов, демонстрирующих позитивное отношение к факту

употребления психоактивных веществ, а так же к возможным последствиям. При этом происходит рассогласование мотивации употребления психоактивных веществ и ассоциативных связей, связанных с их употреблением. Так как преобладают отрицательные ассоциации, связанные с употреблением психоактивных веществ, но при этом в мотивации преобладают позитивные тенденции к употреблению алкоголя. Что говорит о том, что при достаточно высоком факторе отрицательных социальных представлений восприятия психоактивных веществ, зачастую формирующееся под влиянием социума и не позволяющие личности в открытую выделять «позитивную» сторону психоактивных веществ, при этом личность стремится к удовлетворению своих патологических влечений. Оправдывая их наиболее социально приемлемыми поводами. Что позволяет нам отнести их к группе риска возникновения и формирования зависимостей от психоактивных веществ.

Список литературы:

1. Герасимова В.В., Карпов А.М., Грязнов А.Н., Дергунова Д.И. Ценностно-коммуникативная сфера личности при аутоагрессивном поведении // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2011. № 7. С. 104–115.
2. Данные из доклада ВОЗ о положении в области Употребление алкоголя Информационный бюллетень N 349 Январь 2015 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/ru/>.- Заглавие с экрана.-(Дата обращения: 15.11.2015).
3. Немчин Т.А., Цыцарев С.В. Личность и алкоголизм. Л.: Изд-во ЛГУ, 2009. 192 с.
4. Мотивации употребления алкоголя у больных алкоголизмом и здоровых людей [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://melechkovich.ucoz.ru/psihologiya/31.doc>.- Заглавие с экрана .-(Дата обращения: 15.11.2015).

УДК 159.92

СОВМЕСТНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ С ДОШКОЛЬНИКАМИ ПО ФОРМИРОВАНИЮ НАЧАЛЬНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ЗДОРОВОМ ОБРАЗЕ ЖИЗНИ

В.Л. Богатенкова
МБДОУ «Детский сад № 54 «Золушка»
г. Лесосибирск, Россия

Здоровье – это то, что желает каждый человек, но быть абсолютно здоровым не может никто. Не иметь никаких отклонений в работе организма – невозможно. Сложившиеся социальные условия, научно-технические преобразования не способствуют сохранению здоровья. Но можно противостоять этим влияниям, приостановить разрушения организма, не страдать от болезней и быть готовым к любой деятельности. Стоит только изменить свой образ жизни, и человек сможет чувствовать себя здоровым.

С каждым годом возрастает процент детей, имеющих отклонения в здоровье, наблюдается тенденция непрерывного роста общего уровня заболевания среди дошкольников. Это связано с массой негативных явлений современной жизни: тяжелыми социальными потрясениями, экологическим неблагополучием, низким уровнем развития института брака и семьи; массовым распространением алкоголизма, курения, наркомании; слабой системой здравоохранения и воспитательной базы образовательного учреждения и семьи.

От уровня психического и физического положения населения, от состояния его здоровья зависит благополучие общества в целом, поэтому проблема формирования представлений детей о здоровом образе жизни детей представляется в современном обществе актуальной.

В настоящее время одной из приоритетных задач, стоящих перед педагогами и родителями, является сохранение здоровья детей в процессе воспитания и обучения.

Проблема раннего формирования культуры здоровья актуальна, своевременна и достаточно сложна. Известно, что дошкольный возраст является решающим в формировании фундамента физического и психического здоровья. Ведь именно до 7 лет человек проходит огромный путь развития, не повторяемый на протяжении последующей жизни. Именно в этот период идет интенсивное развитие органов и становление функциональных систем организма, закладываются основные черты личности, отношение к себе и окружающим. Важно на этом этапе сформировать детям базу знаний и практических навыков здорового образа жизни, осознанную потребность в систематических занятиях физической культурой и спортом.

Формирование здорового образа жизни должно начинаться уже в детском саду. Вся жизнедеятельность ребенка в дошкольном учреждении должна быть направлена на сохранение и укрепление здоровья. Основой являются еженедельные познавательные, физкультурные и интегрированные занятия, партнерская совместная деятельность педагога и ребенка в течение дня.

Целью оздоровительной работы в ДОУ является создание устойчивой мотивации потребности в сохранении своего собственного здоровья и здоровья окружающих.

Поэтому очень важно правильно сконструировать содержание воспитательно-образовательного процесса по всем направлениям развития ребенка, отобрать современные программы, обеспечивающие приобщение к ценностям, и прежде всего, – к ценностям здорового образа жизни.

Основные компоненты здорового образа жизни детей включают в себя:

- Рациональный режим.
- Правильное питание.
- Рациональная двигательная активность.
- Закаливание организма.
- Сохранение стабильного психоэмоционального состояния.

В примерной общеобразовательной программе «От рождения до школы» под ред. Н.Е. Вераксы, Т.С. Комаровой, М.А. Васильевой, выделены оздоровительные, воспитательные и образовательные задачи физического воспитания. Предусматривается охрана жизни и укрепление здоровья ребенка, поддержание у него бодрого, жизнерадостного настроения, профилактика негативных эмоций и нервных срывов; совершенствование всех функций организма, полноценное физическое развитие, воспитание интереса к различным доступным видам двигательной деятельности, формирование основ физической культуры, потребности в ежедневных физических упражнениях, воспитание положительных нравственно-волевых качеств.

Физическое воспитание в дошкольном образовательном учреждении осуществляется как на специальных физкультурных занятиях, так и в игровой деятельности и повседневной жизни детей.

В детском саду создаются благоприятные санитарно-гигиенические условия, соблюдается режим дня, обеспечивается заботливый уход за каждым ребенком на основе лично-ориентированного подхода; организуется полноценное питание, ежедневное пребывание на свежем воздухе; систематически во все времена года проводятся закаливающие мероприятия, утренняя гимнастика, при наличии соответствующих

условий организуется обучение детей плаванию. Во всех возрастных группах большое внимание уделяется выработке у детей правильной осанки.

Программа предусматривает расширение индивидуального двигательного опыта ребенка, последовательное обучение движениям и двигательным действиям: правильной, ритмичной, легкой ходьбе, бегу, умению прыгать с места и с разбега, разным видам метания, лазанья, движений с мячами. Дети обучаются четко, ритмично, в определенном темпе выполнять различные физические упражнения по показу и на основе словесного описания, а также под музыку.

Важными задачами программы является воспитание физических качеств (ловкости, быстроты, выносливости, силы и др.), развитие координации движений, равновесия, умения ориентироваться в пространстве, формирование способности к самоконтролю за качеством выполняемых движений.

В физическом воспитании большое место отводится физическим упражнениям, которые проводятся в игровой форме, и подвижным играм. В программу старшей и подготовительной к школе групп включено обучение детей отдельным спортивным упражнениям и элементам спортивных игр (баскетбола, футбола, хоккея, бадминтона, настольного тенниса; игр в городки, кегли и др.). Для этих групп в программе также предусмотрено проведение самостоятельных занятий физическими упражнениями с учетом индивидуальных особенностей и уровня подготовки детей.

Программа ориентирует на создание в детском саду обстановки, способствующей формированию навыков личной гигиены. Детей учат осознавать ценность здорового образа жизни, бережно относиться к своему здоровью, знакомят с элементарными правилами безопасного поведения.

В зависимости от климатических условий, материально-технической оснащенности детского сада, устоявшихся национальных традиций региона, профессиональной подготовленности педагогических кадров, видовой направленности деятельности дошкольного образовательного учреждения педагоги могут вносить определенные изменения в видовое разнообразие физических упражнений или вводить их варианты, наиболее соответствующие укладу конкретного учреждения, а также спортивным традициям региона в целом.

Такое внимание ДООУ к физическому развитию старшего дошкольника обусловлено особенностями организма детей: ребенок растет, увеличивается его рост, масса тела, развивается двигательная активность и т.д.

Для формирования представлений старших дошкольников о здоровом образе жизни необходимы специальные упражнения, укрепляющие здоровье детей, система физического воспитания. Для этого ежедневно в группе детского сада проводится утренняя гимнастика, цель которой – создавать бодрое, жизнерадостное настроение у детей, укреплять здоровье, развивать сноровку, физическую силу. Утренняя гимнастика и специальные занятия физкультурой в спортивном зале сопровождаются музыкой, что "благоприятно влияет на эмоциональную сферу старшего дошкольника, способствует хорошему настроению детей, формирует их представления о здоровом образе жизни".

Большое значение на формирование представлений старших дошкольников о здоровом образе жизни оказывают подвижные игры. Проводятся они в группе, на специальных занятиях, во время прогулок и в промежуточные интервалы между занятиями. Подвижные игры обязательно включаются и в музыкальные занятия. Игры старших дошкольников организует воспитатель, но чаще всего сами дети. "Как правило, дети играют небольшими группами. Чувство радости, самостоятельности в игре стимулирует старших дошкольников стремиться к еще большей физической активности и к организации здорового образа жизни".

Развитие движений, воспитание двигательной активности старших дошкольников осуществляется во время прогулок. В большей части дошкольных учреждений имеются хорошо оборудованные участки, где проводят время дети. Каждая прогулка может иметь определенное содержание. Так, воспитатель для прогулки планирует ряд подвижных игр, эстафету, сбор природного материала для дальнейшей работы с ним в группе, соревнования и т.д.

Положительное влияние на формирование представлений старших дошкольников о здоровом образе жизни оказывают прогулки и дневной сон. Помимо оздоровительного значения, они способствуют развитию движений ребенка, его физической активности; создают зоны отдыха и расслабления; укрепляют нервную систему детей.

В совместной деятельности с детьми по формированию представлений о здоровом образе жизни проводятся беседы, направленные на выяснение элементарных представлений детей о здоровье и ЗОЖ, понимания взаимосвязи здоровья и образом жизни и строится на основе следующих вопросов:

Как ты думаешь, что такое здоровье?

От чего человек может заболеть?

Где человек может заболеть – на улице или дома?

От какой пищи человек будет здоров?

Зачем детям нужно спать днем?

Как люди лечат болезни?

Как ты думаешь, природа помогает нам быть здоровыми? Как?

Так же проводятся дидактические упражнения:

"Что делать, чтобы быть здоровым?", задание направлено на выявление представлений об укреплении здоровья и профилактике заболеваний.

Дидактическое упражнение: "Полезная покупка", упражнение направлено на выявление представлений о полезных для здоровья предметах.

В качестве "товаров" могут быть использованы чеснок, лук, яблоко, зубная щетка, мыло, кукла, самолет, калейдоскоп. Педагог показывает на лежащие на столе предметы и говорит ребенку: " Это магазин, в нем можно сделать разные покупки. Выбери, пожалуйста, и купи то, что полезно для здоровья". Игровая ситуация "Необычное угощение", задание направлено на выявление представлений о полезных и вредных для здоровья продуктах.

Игровая ситуация "Место для отдыха", задание направлено на выявление представлений о влиянии окружающей среды на здоровье людей.

Детям предлагается рассмотреть четыре картинки, на которых изображены: 1) улица большого города, по которой едет транспорт; 2) лесная поляна с ромашками; 3)комната с сидящим перед телевизором мальчиком; 4) предметы одежды, бытовой техники и косметики. Педагог говорит: "В выходной день людям надо хорошо отдохнуть и набраться сил. Провести выходной можно по-разному: можно гулять по шумной улице, где едут машины; можно поехать с родителями в лес или в парк, где растут цветы, и дышать свежим воздухом; можно отправиться в большой магазин; можно остаться дома и долго смотреть телевизор. Как тебе нравится отдыхать? Выбери и покажи картинку".

Игровая ситуация "Больница". Ситуация специально организована для анализа отношения к роли больного. Детям предлагают поиграть в "Больницу", выбрать для себя роль в этой игре, затем объяснить свой выбор.

Игровая ситуация "Телевизор дома". Ситуация организована для выявления представлений о влиянии на здоровье просмотра телевизионных передач.

Система работы с детьми предполагает различные формы, средства и методы формирования представлений о ЗОЖ. Основными формами работы являются занятия, досуги, режимные моменты, спортивные соревнования и праздники.

На занятиях детям сообщают основные сведения и закрепляют полученные представления. Закреплять представления лучше в продуктивной и предметно-практической деятельности, поэтому занятия могут строиться как интегрированные. Некоторые занятия с использованием продуктивных видов деятельности могут быть полностью посвящены тематике ЗОЖ, что способствует формированию представлений в наглядной форме при опоре на чувственный опыт ребенка.

На занятиях по ознакомлению с окружающим миром формируют представления детей о человеке как живом существе, его организме и здоровье; об образе жизни человека и зависимости здоровья от образа жизни; о влиянии различных факторов на здоровье и образ жизни человека; о здоровом образе жизни; о поведении человека, способствующем здоровью и здоровому образу жизни.

На занятиях по ознакомлению с окружающим миром экологической направленности и практических занятиях формируют представления дошкольников об условиях, необходимых человеку для жизни; о взаимосвязи здоровья человека и окружающей среды.

В ходе физкультурно-оздоровительной работы развивают физические, психические и нравственные качества детей, воспитывают самостоятельность, творчество. Занятия по физической культуре способствуют формированию потребности в двигательной деятельности, совершенствованию техники основных движений, развитию психофизических качеств, закреплению навыков выполнения общеобразовательных и спортивных упражнений, развитию интереса к спортивным и подвижным играм.

Воспитание культурно-гигиенических навыков предусматривает формирование привычки правильно умываться, вытираться, ухаживать за полостью рта, пользоваться носовым платком, правильно вести себя при кашле и чихании.

На занятиях с психологом у детей формируют представления о различных состояниях и чувствах человека, о потребности человека в общении, психологическом комфорте.

На некоторых занятиях по развитию элементарных математических представлений в качестве раздаточного материала могут быть использованы предметы личной гигиены, спортивный инвентарь, овощи, фрукты, а также изображение этих предметов.

Занятия по изобразительной деятельности следует направлять на реализацию продуктивной деятельности дошкольников, способствующей выражению их представлений о ЗОЖ в рисунках, аппликациях, поделках из пластилина, теста, глины.

На музыкальных занятиях у детей формируют представления о значении для ЗОЖ развития творческих возможностей человека.

Досуги способствуют созданию условий эмоционального восприятия детьми сведений о ЗОЖ, закреплению полученных представлений и их систематизации.

Знакомству дошкольников с различными факторами окружающей среды, оказывающими влияние на ЗОЖ, способствует театрализованная деятельность с участием педагогов, детей и их родителей. Содержание досугов может быть направлено на обучение правильному и безопасному поведению в природной среде, на формирование основ экологической культуры личности.

Использование театрализованной деятельности детей и взрослых в учебных проблемных ситуациях позволяют активизировать выбор детьми решений, способствующих ЗОЖ, своевременно реагировать на проявление негативного поведения дошкольников в повседневной жизни.

Режимные моменты используют для формирования и закрепления у детей санитарно-гигиенических навыков, опыта закаливания.

Например, во время выполнения санитарно-гигиенических мероприятий создают игровые ситуации "Белые перчатки", "Чистые ладошки скрипят – спасибо говорят" и др.

При этом обращают внимание детей на качество выполнения мероприятий и поощряют потребность в них. Во время мытья рук после прогулки можно реализовать контрастное закаливание рук кубиками льда и теплой водой.

При организации прогулок следует предусмотреть проведение с дошкольниками оздоровительных мероприятий – игр с водой, световоздушных и солнечных ванн в теплое время года; подвижных игр, занятий физической культурой.

Средствами формирования представлений о здоровом образе жизни у дошкольников являются дидактические и сюжетно-ролевые игры, художественная литература, продуктивная и предметно-практическая деятельность.

При опоре на технологию конструирования игровых программ развития школьно-значимых функций и коррекции недостатков у детей дошкольного и младшего школьного возраста О.А. Степановой авторами разработано содержание и дидактическое оснащение развивающих игр по теме "Здоровый образ жизни".

В сюжетно-ролевых играх "Больница", "Семья" следует формировать у дошкольников поведение, способствующее ЗОЖ, на основе представлений о значении для здоровья проветривания помещения, его влажной уборки, стирки одежды и постельного белья, ограничении времени просмотра телевизионных передач и игр за компьютером, использования для профилактики заболеваний закаливающих мероприятий, санитарно-гигиенических процедур, нелекарственных средств.

Детская художественная литература способствует развитию познавательного интереса к человеку, его здоровью и ЗОЖ. Можно организовать выставку детской литературы "Здоровье и здоровый образ жизни". В процессе подготовки к выставке детей знакомят с художественными произведениями по теме ЗОЖ, обсуждают их содержание, разучивают стихотворения, загадки. На открытие выставки приглашают родителей. Внимание детей обращают на разнообразие книг, их красочное оформление; представляют детям новые книги. Затем дошкольникам предлагают рассказать, с какими из представленных книг они уже знакомы, о чем эти книги. Такие рассказы педагоги и родители готовят с детьми заранее, что способствует преодолению трудностей некоторых дошкольников при составлении самостоятельных рассказов, а также позволяет родителям ощутить необходимость и результативность совместной деятельности с детьми. Книжная выставка длится несколько дней. В это время педагоги продолжают знакомить детей с представленными книгами, в дальнейшем это знакомство продолжается во время сюжетно-ролевой игры "Библиотека".

Совместная деятельность детей и взрослых по изготовлению страниц детского альбома "Здоровый образ жизни" направлена на закрепление и систематизацию представлений дошкольников о здоровье и ЗОЖ. Выполняют альбом на листах бумаги формата А3. Каждая страница выполняется по следам конкретного мероприятия. Иллюстрациями служат детские рисунки, аппликации, поделки из бумаги (в том числе и коллективные), фотографии, марки, открытки и т.д.

Дети с педагогами в детском саду и с родителями дома читают детскую художественную литературу по тематике ЗОЖ, по рекомендации педагогов выполняют наблюдения и опыты, подбирают соответствующие картинки, делают рисунки, рассматривают иллюстрации, фотографии.

Во время изготовления детьми поделок из природного материала, рисования, лепки следует опираться на их продуктивную деятельность.

Для закрепления знаний детей о здоровье, педагоги могут использовать следующие формы воспитательно-образовательной работы: занятия, беседы, прогулки, опыты, досуги, соревнования, праздники, День здоровья, книжную выставку, выставку плаката, выставки изобразительной деятельности, оздоровительные и закаливающие мероприятия.

Все эти мероприятия способствуют формированию у ребёнка знаний о ЗОЖ, позиции признания ценности здоровья, чувства ответственности за сохранение и укрепление своего здоровья.

Список литературы:

1. Воротилкина И.М. Физкультурно-оздоровительная работа в дошкольном образовательном учреждении. Методическое пособие. – М. Издательство НЦ ЭНАС. 2006. – 144 с.
2. Овчинникова Т.С. Организация здоровьесберегающей деятельности в дошкольных образовательных учреждениях: Монография. - СПб.: КАРО, 2006. – 176 с.
3. Савельева Н.Ю. Организация оздоровительной работы в дошкольных образовательных учреждениях. – Ростов: «Феникс», 2005. - 464 с.

УДК 159.96

ВЗАИМОСВЯЗЬ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЧЕРТ ЛИЧНОСТИ

Г.Г. Вербина

Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова
г.Чебоксары, Россия

Депрессия в ее различных клинических вариантах признается одной из основных причин снижения трудоспособности и занимает четвертое место среди всех заболеваний. Статистика во всех странах мира показывает: депрессия, подобно сердечнососудистым заболеваниям, становится наиболее распространенным недугом нашего времени. Депрессивные расстройства являются важными факторами риска по возникновению разных форм химической зависимости и, в значительной степени, осложняют течение сопутствующих соматических заболеваний, а также депрессивные расстройства являются основным фактором риска суицидов. В науке депрессия как патология, затрагивающая различные сферы психической деятельности, представляет собой одну из наиболее существенных проблем. Однако именно психологический аспект изучения депрессии является наименее разработанным.

Исторические сведения о депрессивных расстройствах встречаются уже в древней Греции. Еще Гиппократ выделил 3 типа расстройств — манию, меланхолию и френит (психическую спутанность и делирий). Жан Пьер Фальре в 1854 г. опубликовал статью под названием «De le folie circulaire» («О циркулярном помешательстве»), в которой, развивая идеи Боне, отдельные клинические картины мании и депрессии были объединены в единое заболевание. А в 1853 г. Жан Байарже внес предложение термина «помешательство двойной формы». Наиболее весомый вклад был сделан Э. Крепелином. В 1899 г. он рекомендует разделять раннее слабоумие и маниакально-депрессивный психоз. В 1905 г. для диагностики, возникающей в среднем возрасте разновидности депрессии им предлагается термин «инволюционная меланхолия».

Психоаналитические теории депрессии различаются взглядами и пристрастиями отдельных теоретиков. Так, в соответствии с одной теорией, депрессия возникает в случае потери значимого лица, особенностью которого было то, что оно одновременно являлось объектом и любви, и ненависти. В процессе отрицания ненависти (или гнева) возникает чувство вины, выливающееся в направленную на себя враждебность, которая и обуславливает развитие депрессии. Иные теории обнаруживают истоки депрессии либо в оральной фиксации и зависимости, либо в регрессии к инфантильному состоянию беспомощности и незащищенности, либо в конформной структуре личности.

Изучение депрессивных состояний в настоящее время является не только психиатрической проблемой; оно приобретает общемедицинское и социальное значение. Связано это, прежде всего с широким распространением депрессий в общей популяции населения.

Депрессия (от лат. *depressio* – подавление, угнетение) – психическое расстройство, характеризующееся патологически сниженным настроением (гипотимией) с негативной, пессимистической оценкой себя, своего положения в окружающей действительности и своего будущего. Депрессивное изменение настроения наряду с искажением когнитивных процессов сопровождается моторным торможением, снижением побуждений к деятельности, соматовегетативными дисфункциями. Депрессивная симптоматика негативно влияет на социальную адаптацию и качество жизни (Смулевич, 2003).

Начиная с Э. Крепелина, симптомы депрессивных расстройств относят к различным сферам, объединяя феноменологически разнородные проявления: пониженное настроение; умственно-речевое торможение и моторную заторможенность. В связи с тем, что некоторые признаки имеют не абсолютное значение (например, депрессия может выражаться также в двигательном возбуждении, тревоге и/или апатии), возникают серьезные трудности в однозначной квалификации основного дефекта.

До настоящего времени среди психологических концепций депрессии сохраняют актуальность 3 основные теоретические модели, к которым в той или иной степени тяготеет большинство эмпирических исследований: психоаналитическая, бихевиористская и когнитивная (Вейн, 2008). В самом общем виде психоаналитический подход к депрессии сформулирован в классической работе З. Фрейда "Печаль и меланхолия". Депрессия связывается с утратой объекта либидинозной привязанности. Возникновение депрессии связано не с реальным, а с внутренним объектом, чьим прообразом является мать (или даже материнская грудь), удовлетворяющая витальные потребности младенца.

Бихевиористская модель депрессии, как и психоаналитическая, относится к этиологическим моделям. Однако, в отличие от психоаналитической модели, ориентированной, в первую очередь на интрапсихическую феноменологию, бихевиористская модель основана на базовом методологическом позитивистском требовании исключения из рассмотрения всех объективно не верифицируемых феноменов. Феноменология депрессивных расстройств в рамках данного подхода сведена к совокупности объективных, в первую очередь внешних, поведенческих проявлений. В качестве центрального звена депрессии используется понятие "обученной беспомощности" – операционального конструкта, предложенного М. Селигман для описания устойчивого поведенческого паттерна – отказа от любых действий, направленных на избегание травмирующих событий (Смулевич, 2003). Смысл этого отказа заключается в том, что в силу ряда предшествующих развитию депрессии событий у человека формируется устойчивая неспособность поверить в то, что его собственный ответ мог бы быть удачным и позволить ему избежать негативного развития ситуации.

Когнитивная модель депрессии относится к более современным психологическим концепциям. Основу данного подхода составляет предположение о доминирующем влиянии когнитивных процессов на структуру самосознания человека. По мнению А.А. Бэк, депрессивные симптомы являются следствием своеобразных ложных "бессознательных умозаключений": 1. Аффективные – печаль, подавленный гнев, дисфория, плаксивость, чувство вины, чувство стыда. 2. Мотивационные – потеря положительной мотивации, нарастание избегающих тенденций, возрастание зависимости. 3. Поведенческие – пассивность, избегающее поведение, инертность, нарастание дефицитарности социальных навыков. 4. Физиологические – расстройство сна, нарушение аппетита, снижение влечений. 5. Когнитивные – нерешительность, сомнения в

правильности принятого решения, или неспособность принять какое-либо решение из-за того, что каждое из них содержит нежелательные последствия и не является идеальным, представление любой проблемы как грандиозной и непреодолимой, постоянная самокритика, нереалистичные самообвинения, пораженческие мысли, абсолютистское мышление (по принципу "все или ничего"). Наблюдающиеся при депрессии поведенческие симптомы (паралич воли, избегающее поведение и т.д.) суть отражение нарушения мотивационной сферы, являющегося следствием активации негативных когнитивных паттернов. В депрессии человек видит себя слабым и беспомощным, ищет поддержки у окружающих, постепенно становясь все более зависимым от других. Физиологические симптомы сводятся А.А. Бэк к общей психомоторной заторможенности, вытекающей из отказа от активности вследствие полной уверенности в бесперспективности любых начинаний (Смулевич, 2003).

В исследованиях отечественных и зарубежных психологов тема взаимосвязи депрессии и психологических черт личности недостаточно разработана. В области же психиатрии показано, что у больных с первоначальным диагнозом депрессии, впоследствии достаточно часто выявляют симптомы тревожного расстройства, подтверждая тем самым низкую распространенность изолированных депрессивных эпизодов. Так, результаты исследования, проведенного под эгидой ВОЗ в Канаде, Иране, Японии и Швейцарии, свидетельствуют, что у 76% больных с депрессией (n=572) наиболее распространенными симптомами были тревожность и нервное напряжение (Смулевич, 2003). J. Overall и S. Zisook (1980) предположили, что подавленное настроение у больных с любыми формами депрессии должно, как правило, сопровождаться тревожностью. В некоторых клинических исследованиях показано, что высокий уровень тревожности, проявляющийся типичными симптомами (например, возбуждением), характерен для большинства больных с депрессией. Несмотря на высокую сочетаемость тревожных расстройств и депрессии, некоторые типичные симптомы гораздо чаще развиваются на фоне только одного из этих синдромов, другие - нередко встречаются при обоих типах психических расстройств. По мнению ряда специалистов, депрессия и тревожность характеризуются общим аффективным компонентом (внешнее проявление эмоций), который на самом деле более свойственен тревожным расстройствам. С другой стороны, при тревожных расстройствах изменяется внутреннее эмоциональное состояние больных (эмоциональный компонент), что, как известно, является патогномичным признаком депрессии (Доброхотова, 2006). В связи с этим, для каждой категории симптомов можно привести целый ряд характерных примеров (поражение аффективной сферы, нарушения поведения, соматические симптомы, нарушения когнитивных функций). Дисфория, плач, раздражительность (аффективные симптомы) могут наблюдаться как при депрессии, так и при тревожных состояниях. Проявления печали и страха также характерны для обоих расстройств, но чувство горя и безнадежность чаще встречаются при депрессии, а панический страх и нервное напряжение – при тревожном расстройстве.

Депрессивное настроение и патологическая тревожность часто взаимосвязаны. Сниженное настроение нередко сочетается с тревожной напряженностью. Наиболее типичными представляются пациенты, у которых одновременно можно наблюдать признаки расстройств настроения и тревожного расстройства. У одного и того же больного, независимо от диагноза, часто встречается снижение настроения и агрессия, а расстройства настроения часто идут рука об руку с проявлениями агрессивности. Агрессия может быть направлена на других людей или на самого себя, проявляясь самоуничтожением и склонностью к суициду. В последнем случае человек становится раздражительным, эмоционально лабильным, нетерпеливым; отмечаются вспышки гнева.

У каждого человека в когнитивном функционировании имеется свое слабое место, так называемая «когнитивная уязвимость», которая располагает его к психологическому стрессу. Эти уязвимости относятся к структуре личности. Личность, в свою очередь, формируется схемами, или когнитивными структурами, которые представляют собой базальные убеждения или позиции. Эти схемы начинают формироваться в детстве на основе личного опыта и идентификации со значимыми другими. Например, за убеждением: «Я ответствен за счастье других» может скрываться другое, более ранящее убеждение - «Я ничего из себя не представляю, я не нужен другим людям». Люди формируют концепции о себе, других, о том, как функционирует мир. Эти концепции подкрепляются дальнейшим опытом научения и уже влияют на формирование других убеждений, ценностей и позиций. Схемы могут быть адаптивными или дисфункциональными. Схемы являются устойчивыми когнитивными структурами и включаются специфическими стимулами, стрессорами или обстоятельствами. У пациентов с пограничными личностными расстройствами имеются ранние негативные схемы или ядерные убеждения. Например, «со мной происходит что-то неладное», «люди должны поддерживать меня и не должны критиковать, не соглашаться со мной или неправильно понимать меня». При наличии таких убеждений у этих людей легко возникают эмоциональные расстройства. Негативное представление о себе (депрессивный индивид воспринимает себя как неприспособленного, никчемного, отверженного). Негативный взгляд на мир (депрессивный индивид убежден в том, что мир предъявляет чрезмерные требования к человеку и воздвигает непреодолимые барьеры на пути к достижению целей; мир лишен удовольствия и удовлетворения). Нигилистический взгляд на будущее (депрессивный индивид убежден в том, что переживаемые им трудности непреодолимы и эта безнадежность нередко приводит его к суицидным мыслям).

Таким образом, у пациентов, склонных к депрессии имеются следующие условные предположения: «Если я не добьюсь успеха во всем, что я делаю, никто не будет уважать меня»; «Если человек не любит меня, значит, я недостоин любви». Такие люди могут функционировать относительно хорошо до тех пор, пока не испытают поражения или отвержения. После этого они начинают считать, что никто не уважает их или, что они недостойны любви. В большинстве случаев такие убеждения можно рассеять в краткосрочной когнитивной терапии, однако если они составляют ядро убеждений, то требуется более длительное лечение.

Список литературы:

1. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г. и др. Депрессия в неврологической практике. М., 2008.
2. Доброхотова Т.А. Нейропсихиатрия. М., 2006.
3. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2003.
4. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М., 2003.

УДК 159.9.07

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО «ВЫГОРАНИЯ» У СПЕЦИАЛИСТОВ «ПОМОГАЮЩИХ» ПРОФЕССИЙ

В.А.Винокур

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова,
г.Санкт-Петербург, Россия

В настоящее время синдром «выгорания» в коммуникативных профессиях признан проблемой, требующей медицинского вмешательства, и даже внесен в «Лексиконы психиатрии» Всемирной Организации Здравоохранения (2001): «Синдром выгорания – это физическое, эмоциональное или мотивационное истощение, характеризующееся снижением продуктивности в работе, усталостью, бессонницей, повышенной подверженностью соматическим заболеваниям, к употреблению алкоголя или других психоактивных веществ с целью получить временное облегчение, что имеет тенденцию к развитию зависимости.. Этот синдром обычно расценивается как стресс – реакция в ответ на производственные и эмоциональные требования, происходящие от излишней преданности человека своей работе с сопутствующим этому пренебрежением другими сферами жизни, в частности, семейной, или отдыхом».

Термин «выгорание» (burnout) предложил в 1974 году американский психиатр Herbert Freudenberger для описания состояния усталости и разочарования в работе, которые он наблюдал у врачей-психиатров. По его мнению, «...эта неприятность случается с теми, чья работа сопровождается напряженным эмоциональным контактом с людьми. Среди симптомов эмоционального выгорания выделяют прогрессирующее безразличие, дегуманизацию в форме растущего негативизма, ощущение неудовлетворенности, деперсонализации и, в конечном счете, стремительное ухудшение качества жизни – даже на фоне финансового и карьерного благополучия. Синдром эмоционального выгорания, как правило, поражает людей открытых, неравнодушных, склонных к сочувствию и идеализму. В результате передозировки негативными эмоциями у них срабатывает механизм психологической защиты в форме частичного либо полного исключения эмоций в ответ на психотравмирующее действие. В крайних своих проявлениях выгорание может сопровождаться тяжелыми невротическими расстройствами и психосоматическими заболеваниями». Впоследствии оказалось, что эта модель, сфокусированная на изучении эмоциональных расстройств, вызываемых профессиональной деятельностью врачей-психиатров, вполне подходит для описания расстройств у других медицинских работников и иных «помогающих» профессионалов.

А. Pines (1981) указывает, что профессиональное выгорание – это «...результат постоянных или периодических эмоциональных нагрузок, связанных с интенсивным взаимодействием с людьми на протяжении длительного времени. Такие интенсивные нагрузки особенно характерны в сфере здравоохранения, образования и социального обеспечения, где специалисты «по призванию» оказывают помощь людям с психологическими, физическими и социальными проблемами».

Внимание к своему собственному здоровью должно становиться частью их профессиональной культуры и даже, в определенной мере – показателем их профессиональной компетентности. Один из очевидных выводов, которые вытекают из многочисленных исследований профессионального «выгорания», заключается в принципиальной возможности сделать работу коммуникативных профессионалов менее стрессовой без снижения требований к ней, но при этом более эффективной. С.Соорег et al. (1988) отмечено, что профессиональный стресс определяется как воспринимаемая и переживаемая человеком неспособность справляться с требованиями, предъявляемыми ему профессиональной средой.

Для решения проблем, связанных с работой и нередко реализующихся в хронический профессиональный стресс, полезно понимать, что эти состояния практически никогда не возникают и не развиваются без определенного «вклада» самих «помогающих» профессионалов, связанного с их иррациональными когнитивными установками, эмоциональным и поведенческим реагированием. К личностным характеристикам, способствующим развитию «выгорания», можно отнести и склонность к повышенной тревоге и депрессивным реакциям, связанным с недостижимостью

внутреннего стандарта качества профессиональной деятельности и блокированием в себе негативных переживаний. С. Cooper et al. (1989) считают, что более высокому риску профессионального «выгорания» подвержены профессионалы при наличии таких личностных черт, как высокие целеустремленность в работе и честолюбие. Это подтверждает представление о том, что «выгорание» является процессом, который в «помогающих» профессиях может начинаться довольно рано. Его истоки и определенный риск уже присутствуют в системе достаточно распространенных и нередко иррациональных представлений о сути «помогающих» профессий, в частности, медицины, и в личностных особенностях тех, кто эти профессии для себя выбирает. Профессиональные установки формируются и укореняются глубоко в личностной сфере, поэтому в них отражаются и через них реализуются индивидуальные особенности обладателя этих установок. С. Cherniss (1980) определил выгорание как процесс, в котором вследствие высокого напряжения на работе негативным образом изменяются профессиональные установки и поведение. В этом процессе можно выделить три стадии: дисбаланс между ресурсами и предъявляемыми требованиями (стресс); краткосрочное эмоциональное напряжение, утомление и истощение; целый ряд изменений в установках и поведении. Автор вводит новый элемент в контексте выгорания – индивидуальный способ преодоления стресса. При использовании адаптивного способа преодоления стрессовой ситуации, вероятность возникновения «выгорания» снижается.

J. Edelwich и R. Brodsky (1982) рассматривают психическое выгорание как процесс увеличивающегося разочарования, прогрессирующей потери идеальных ожиданий, энергии и цели вследствие воздействия условий работы, связанной с помощью людям. С точки зрения Дж. Гринберга (2004) выгорание представляет собой пятиступенчатый прогрессирующий процесс. На первой стадии работник относится к работе с энтузиазмом. Но по мере длительного воздействия рабочих стрессов она начинает приносить все меньше удовольствия, и работник становится менее энергичным. На второй стадии появляется усталость, апатия, бессонница. При отсутствии дополнительной мотивации быстро теряется привлекательность работы и снижается ее продуктивность. На третьей стадии чрезмерная работа приводит к хронической раздражительности, злобе, чувству подавленности, к измождению и подверженности заболеваниям. Для этой стадии характерно постоянное переживание нехватки времени. Четвертая стадия таит в себе опасность развития хронического заболевания, в результате чего человек может потерять работоспособность. На пятой стадии физические и психологические проблемы могут способствовать развитию опасных для жизни заболеваний.

Испытывая хроническое эмоциональное напряжение во взаимодействии с клиентами и стремясь снизить его интенсивность, эти профессионалы невольно для себя часто психологически (по крайней мере – эмоционально) дистанцируются от людей, тем самым делая коммуникацию с ними еще более непродуктивной, а сам процесс сотрудничества, – менее успешным. Это согласуется с данными В. Д. Вида и соавт. (1998) о том, что высокая интенсивность синдрома профессионального «выгорания» сопровождается высокими показателями их негативного отношения к своим клиентам и партнерам по взаимодействию.

Большое значение в преодолении выгорания принадлежит социально-психологическим ресурсам, первостепенную роль среди которых играет социальная поддержка со стороны коллег и руководства. Под социальной поддержкой понимается удовлетворение личностью таких социальных потребностей, как потребность в практической помощи, защите и др. Она укрепляет уверенность человека в возможности справиться с трудной жизненной ситуацией и помогает предупредить стрессовые расстройства. Умение в трудной ситуации найти поддержку со стороны окружающих является важной характеристикой стрессоустойчивости человека. Ф.Б. Березин относит

особенности микросоциального взаимодействия и степень адекватности межличностных взаимоотношений к универсальным закономерностям профессиональной деятельности и указывает на их влияние на успешность в профессиональной сфере (1988). R.S. Lazarus и S. Folkman отмечают, что наличие социальной поддержки позволяет человеку оценивать стрессовые события как менее тяжелые, а самого себя как более способного справиться со стрессом. Во всех исследованиях, посвященных выявлению роли социальной поддержки в формировании выгорания, выявлена отрицательная зависимость между данными параметрами. Социальная поддержка является своеобразным барьером между рабочими стрессорами и эмоциональным состоянием работников. Результаты лонгитюдного исследования J.E. Poulin, C. Walter (1993) также свидетельствуют о наличии взаимосвязи между социальной поддержкой и выгоранием: у социальных работников при уменьшении поддержки со стороны руководства отмечено возрастание уровня выгорания. Ряд исследований показывает, что в условиях ролевого конфликта и большого объема работы социальная поддержка имеет более тесную связь с выгоранием, особенно с такими его компонентами, как эмоциональное истощение и деперсонализация. По данным исследования M.P. Leiter (2002) личная поддержка и самооценка препятствует редукции персональных достижений, а профессиональная играет двойственную роль: с одной стороны, она связана с более сильным ощущением профессиональной успешности, с другой – с эмоциональным истощением и деперсонализацией.

К состояниям профессионального «выгорания» вполне применимы описания факторов, связанных с профессией и вызывающих высокое психическое напряжение у лиц, работающих в профессиях социономического типа: ролевой неопределенности (недостаточной ясности и четкости многих требований, которым должна удовлетворять данная работа), ролевого конфликта (противоречий в требованиях со стороны лиц и социальных институтов, занимающих по отношению к данному профессионалу определенные контролирующие позиции), ролевая перегрузка (чрезмерность требований к данной профессиональной роли, превышающая возможность их адекватного исполнения). Теория соответствия личности и профессиональной среды (P-E-F – Person – Environment – Fit), или, иначе говоря, теория стрессогенного воздействия окружения, исходит из представления о том, при несоответствии адаптивных возможностей личности этого специалиста требованиям профессии и социальной среды вероятность развития у него хронического эмоционального стресса существенно возрастает («синдром квадратной затычки в круглой дырке»). Объективный уровень требований в работе, по мнению ряда авторов, не является определяющим для возникновения профессионального стресса. Самым важным считают рассогласование между этими требованиями и самооценкой личностных ресурсов, необходимых для удовлетворения этих требований. Это хорошо согласуется с представлением В. Hennessey (1988) о том, что люди в большей степени используют свой творческий потенциал не тогда, когда побуждением к работе является давление извне, а тогда, когда они получают от нее удовольствие и удовлетворение, когда они испытывают к ней настоящий интерес. На основании ряда проведенных исследований мотивируется необходимость все более активного определения факторов стрессоустойчивости (антириска) и более активной ее реализации в сравнении с традиционными стратегиями избегания привычных факторов риска в профессиональной деятельности. Эти факторы стрессоустойчивости во многом связаны с установкой на самореализацию и устранение многочисленных иррациональных идей, связанных с профессией, поскольку люди в своей профессии будут счастливы настолько, насколько правильно они сумеют настроить свое мышление. Взаимосвязь личностных факторов с выгоранием в основном рассматривается сегодня в контексте определенной концепции личности. В рамках данного направления наибольшее распространение получила пятифакторная модель личности Р. Costa и R. McCrae, включающая в себя пять

личностных черт: нейротизм, экстраверсию, открытость опыту, сотрудничество, добросовестность. Ряд исследований указывает на тесную связь всех компонентов пятифакторной модели с тенденцией выгорания, например, обнаружена положительная взаимосвязь между выгоранием и тревожностью, агрессивностью, и отрицательная – с чувством групповой сплоченности. Исследование зависимости «выгорания» от эмоциональной сенситивности показало, что лица, способные эмоционально воздействовать на окружающих, но не чувствительные к эмоциям других, в большей степени подвержены выгоранию. R.L. Piedmont (1993) получены данные о том, что в переживании стресса, связанного с работой, важную роль играет самоуважение. У тревожных, депрессивных людей с низким уровнем самоуважения чаще отмечается эмоциональное истощение и деперсонализация.

В настоящее время синдром профессионального «выгорания» у «помогающих» профессионалов адекватно описывается диагностическими критериями рубрики «Расстройства адаптации» международной классификации болезней 10-го пересмотра, на что обращают внимание многие исследователи. Эти критерии включают в себя состояния субъективного стресса и эмоционального расстройства, обычно затрудняющие социальное функционирование и возникающие в период адаптации к определенным жизненным изменениям или стрессовым событиям, включая развитие соматического заболевания или предположение его наличия. Эта категория расстройств определяется не только на основе анализа клинико-психологических характеристик и особенностей течения, но и наличия длительно сохраняющихся эмоционально неприятных жизненных обстоятельств, в результате которых развиваются нарушения социально-психологической адаптации. Факторы, вызывающие стресс, связанный с профессиональной деятельностью, могут влиять на всю систему социального окружения и социальной поддержки человека, однако в риске возникновения и формирования адаптационных расстройств важную роль играет индивидуальная, нередко достаточно выраженная, предрасположенность («уязвимость») человека. Тем не менее, подобные состояния не могли бы развиваться без внешних стрессирующих факторов. Проявления этих расстройств по критериям МКБ–10 могут включать:

- снижение настроения, тревогу и беспокойство, нередко – их сочетания, учитывая высокую коморбидность и общие патогенетические механизмы формирования тревоги и депрессивных состояний;
- чувство снижения способности справляться с трудными возникающими ситуациями или уверенно оставаться в текущей ситуации;
- ощущение снижения успешности и продуктивности в повседневных занятиях, нередко связанные с чувством вины.

Если эти реакции приобретают длительный, затяжной характер, такой продолжающийся профессиональный стресс описывается с помощью одного из «Z»-кодов МКБ–10, в частности, Z-73 («Неклассифицируемый стресс» или «Стресс, связанный с трудностями управления своей жизнью»). «Выгорание» при этом может рассматриваться как отдельный аспект профессионального стресса либо как его следствие.

Анализ предложенных ранее зарубежных и отечественных методик исследования структуры и выраженности профессионального «выгорания» позволили определить и обосновать ряд критических замечаний по поводу недостаточно высокой валидности и эффективности этих методик в диагностике профессионального «выгорания». Это стимулировало нас к созданию нового диагностического инструмента, опирающегося на современные теоретические представления о характере и механизмах формирования профессионального «выгорания» и наблюдения из многолетней практики взаимодействия

с различными «помогающими» профессионалами в процессе их обучения, психологического консультирования и супервизии.

Созданный нами для диагностики профессионального «выгорания» опросник ОРПВ («Отношение к работе и профессиональное «выгорание») (В.А. Винокур, 2012) содержит 137 утверждений, отражающих определенные эмоциональные реакции и стили отношения к работе у «помогающих» профессионалов в процессе развития у них выгорания. Степень согласия с каждым из этих утверждений выполняется испытуемыми по 10-бальной аналоговой шкале. Все утверждения опросника объединены в 9 шкал, соответствующих концептуальным представлениям об основных компонентах синдрома профессионального «выгорания»:

1. Эмоциональное истощение.
2. Напряженность в работе.
3. Снижение удовлетворенности работой и оценка ее значимости.
4. Профессиональный перфекционизм.
5. Общая самооценка.
6. Самооценка качества работы.
7. Помощь и психологическая поддержка коллег в работе.
8. Профессиональное развитие и самоусовершенствование.
9. Состояние здоровья и общая адаптация.

Содержание и форма утверждений, включенных в опросник ОРПВ, формировалась на основании теоретических представлений о механизмах возникновения и течения профессионального «выгорания» у медицинских работников и других «помогающих» профессионалов и отражает одно из ключевых представлений, относящихся к «выгоранию», о том, что оно является скорее процессом, чем состоянием, и связано не только с коммуникативным напряжением в рамках самой профессии, но и с личностными характеристиками самих испытуемых, определяющими стили эмоционального реагирования на стрессовые ситуации в работе и разнообразные динамичные взаимоотношения в системе «личность – профессиональная среда». Поэтому само содержание вопросов направлено на психологический анализ личностных смыслов этих переживаний и связанных с ними когнитивных и поведенческих реакций. Ведущим акцентом в конструкции опросника ОРПВ является ориентация на изучение индивидуальных способов интерпретации напряженных профессиональных ситуаций и их преодоления. Одним из важных акцентов опросника является определение взаимосвязи интенсивности переживаемого профессионального «выгорания» и состояния психического и физического (соматического) здоровья людей, работающих в «помогающих» профессиях. В этом заключается концептуальная новизна методики ОРПВ и ее отличие от предложенных ранее методик исследования «выгорания» в «помогающих» профессиях. Еще одним элементом новизны опросника является его интегративность и многомерность. Перечисленные выше шкалы могут рассматриваться как относительно автономные в статистическом отношении, но практически они являются взаимодополняющими и психологически отражающими разные стороны одного и того же социально-психологического феномена, который у разных лиц, работающих в «помогающих» профессиях, характеризуется разным соотношением (или балансом) представленных компонентов.

Опросник ОРПВ прошел контентную (концептуальную) валидизацию и был успешно использован в нескольких диссертационных исследованиях, посвященных изучению различных аспектов профессионального стресса у медицинских работников, психологов, менеджеров и госслужащих в разных регионах России. Его содержательная валидность определялась на этапе подготовки и формирования опросника в процессе изучения мнений и замечаний достаточно широкого круга специалистов,

осуществляющих экспертную оценку, – врачей, практических психологов, социальных работников и преподавателей путем контент-анализа, экспертизы различных определений и описаний феномена профессионального «выгорания», его основных характеристик. С помощью этих специалистов проводилось формирование определенного экспертного согласия с целью достижения соответствия опросника современным представлениям о содержании и основных характеристиках понятия «профессиональное выгорание», его связи с личностными характеристиками, а также его устойчивости во времени. Для валидации характера утверждений и их интерпретации мы привлекали также самих интервьюируемых специалистов, стимулируя их к выражению «позиции здравого смысла». Во многих случаях наблюдался эффект прагматической валидации, когда высказывания респондентов сопровождались поддерживающими копинговыми действиями. В ходе валидации опросника оценивались две формы его надежности: надежность в форме консистентности (согласованности) шкал и пунктов опросника и надежность в форме устойчивости (константности) результатов опросника. Предварительные результаты использования опросника с интервалом 6-12 месяцев у врачей различных специальностей и медицинских психологов свидетельствуют о том, что измеряемый им конструкт является относительно стабильным, а сам опросник имеет достаточно высокую тест – ретестовую надежность. Учитывался также эффект «доверительной валидности», связанный с возможностью формирования у испытуемых стремления давать социально одобряемые, нормативные ответы на предъявляемые в опроснике утверждения.

Вычисленная для опросника ОРПВ α -Кронбаха составила 0,92. При этом все 137 вопросов при их последовательном исключении из теста не меняли показатели α -Кронбаха при округлении до сотых, что подтверждает обоснованность и целесообразность их наличия в тесте и невозможность их исключения из него без снижения качества всего теста. Мы оценили надежность всего теста и его отдельных шкал посредством split-half reliability (приемом разделения выборки случайным образом на две половины) или коэффициентами Спирмена-Брауна и Гутмана как наиболее статистически корректным способом измерения надежности шкал теста. Для ОРПВ split-half коэффициента Спирмена-Брауна составил $S_1 = 0,919$, а split-half по Гутману $S_2 = 0,920$, что свидетельствует об очень высокой степени надежности этого теста.

Таким образом, показана высокая валидность теста ОРПВ, а также установлена возможность дифференцировать с его помощью механизмы развития и структуру профессионального «выгорания» у различных «помогающих» профессионалов.

Эффективность методики ОРПВ определяется возможностью диагностики профессионального «выгорания», особенностей протекания этого синдрома у различных специалистов, чья профессиональная деятельность протекает в условиях высокого эмоционального напряжения. Она также позволяет оценивать эффективность различных психокоррекционных и супервизионных программ, проводимых с «помогающими» профессионалами, что отвечает также задачам первичной психопрофилактики и коррекции у них синдрома профессионального «выгорания».

УДК 159.9.07

СОХРАНЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ

С.М.Колкова

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого»

Л.Н.Горбунова

Проблема безопасности в современном мире все более актуализируется, год от года появляются все новые опасные для жизни и здоровья факторы: террористические акты, опасность оказаться заложником, недавний глобальный финансовый кризис, техногенные и природные катастрофы, одну из которых в эти дни проживают японцы, мы переживаем вместе с ними. Все мы периодически ощущаем свою незащищенность, при этом нам регулярно об этом напоминают СМИ. Чего стоят только репортажи об агрессии родных и далеких людей. Вопрос в том, может ли образовательное пространство этому противостоять и какими здесь могут быть направления обеспечения психологической безопасности.

Психологическая безопасность образовательного процесса – это состояние защищенности школьника от угроз его достоинству, душевному благополучию, позитивному мировосприятию и самоотношению.

Очевидно, что психологическая безопасность – важнейшее условие сохранения и укрепления психологического здоровья, полноценного развития ребенка. Психологическое здоровье, в свою очередь, – основа жизнеспособности ребенка, которому в процессе детства и отрочества приходится решать отнюдь непростые задачи своей жизни: овладеть собственным телом и собственным поведением; научиться жить, работать, учиться и нести ответственность за себя и других; осваивать систему научных знаний и социальных навыков; развивать свои способности и строить образ «Я» и образ мира.

Все перечисленное является показателями психологического здоровья, которое проявляется в разные периоды детства различным образом, но всегда – в позитивных психологических характеристиках и качествах. У дошкольника психологическое здоровье обнаруживается в развитой активности и любознательности, открытости миру взрослых, доверчивости и подражательности наряду со стремлением к самостоятельности и игровым отношением к миру. У младшего школьника психологическое здоровье обнаруживается в наличии широкой учебной установки, в любви к учению, в вере в собственные возможности, в уважении к общественному взрослому; у подростка – в мятежном стремлении к самопониманию, самовыражению и самоутверждению, у юноши – в устремленности в будущее, в поисках смысла жизни и в построении планов будущего (Чепель, 2008).

Психологическое здоровье как важнейший компонент здоровья в целом – условие жизненной успешности и гарантия благополучия человека в жизни, поэтому, очевидно, ни родителям, ни педагогам не стоит экономить силы на его укреплении. Известно, что забота о психологическом здоровье всегда рассматривалась как важнейшая в работе выдающихся педагогов и лучших образовательных учреждений. Достаточно вспомнить В.А. Сухомлинского, который писал: «Я не боюсь еще и еще раз повторять: забота о здоровье – это важнейший труд воспитателя. От жизнерадостности, бодрости детей зависит их духовная жизнь, мировоззрение, умственное развитие, прочность знаний, вера в свои силы. Если измерить все мои заботы и тревоги о детях в течение первых четырех лет обучения, то добрая половина их – о здоровье» (Сухомлинский, 1974).

Сегодня забота о психологической безопасности и психологическом здоровье школьников становится обязательным целевым ориентиром в работе каждого образовательного учреждения и учителя, показателем достижения современного качества образования.

Школьные факторы риска – ряд характеристик образовательного процесса, агрессивно воздействующих на психику и организм детей и достаточно устойчивых в

своих проявлениях в школах всего мира. В качестве основных из них специалисты называют следующие:

- недостаточное соответствие школьных программ, методик и технологий возрастным и индивидуальным особенностям школьников;
- нерациональная организация учебного процесса;
- физические, эмоциональные и интеллектуальные школьные перегрузки;
- стрессовая тактика и стратегия педагогических действий.

К школьным факторам риска относятся и временной цейтнот, в котором находятся школьники в течение многих лет жизни, и недостаточная психологическая компетентность учителя, и скученность детей и подростков, и принужденность к общению в условиях классно-урочной системы обучения и многое другое.

Разбирая потенциальные «критические точки», можно выделить несколько групп факторов, составляющих окружение школьника. Это:

- психолого-педагогические факторы (личность учителя, сложность учебной программы, возможности ребенка усвоить эту программу);
- социальные (статус в классе, отношения с другими учениками вне класса и т.д.);
- физические (школьное пространство, включая обстановку, освещенность, режим дня, качество питания и т.д.).

В разном возрасте те или иные факторы приобретают большее или меньшее значение. Так, для младшего школьника наиболее значимой фигурой является учитель, для подростка — сверстники. Физические факторы ученики практически не замечают, хотя испытывают на себе их серьезное воздействие.

На физические факторы, с одной стороны, повлиять легче всего, так как существуют регламентирующие ситуацию санитарные нормы и правила. С другой стороны, сократить учебную нагрузку для старшеклассников, желающих поступить в вузы, практически невозможно. Так же как невозможно разделить класс из 40 человек на два класса, если нет дополнительного помещения, учителя и ставки.

Рассмотрим два других направления.

Поскольку психологическая безопасность напрямую связана с психологическим здоровьем, обратим внимание на некоторые причины возникновения соматических заболеваний у детей. Мы знаем, как может испортить настроение, а то и довести до инфаркта грубый, несправедливый начальник. У взрослого человека всегда есть возможность изменить ситуацию, в конце концов — уволиться. У ребенка такой возможности нет. Значит — надо заболеть.

Исследования, проводимые в течение нескольких лет научно-методическим центром «Диагностика. Адаптация. Развитие» им. Л.С. Выготского Минобрнауки РФ показали: в начальных классах у авторитарных педагогов учащиеся болеют достоверно чаще. Причина имеет психосоматическое происхождение, так как у ребенка единственным легальным способом пропустить занятия является болезнь. Утомленный психологическим давлением организм «с радостью» заболевает, предоставляя ученику долгожданную передышку.

Однако, на наш взгляд, дело не только и не столько в авторитарности, сколько в том, что именно авторитаторы нередко переносят на учащихся свои негативные эмоции и переживания. Поэтому не с авторитарностью учителя нужно бороться, тем более что есть ученики, которым по ряду причин нужен именно этот стиль преподавания, чтобы чему-то научиться.

Остановимся далее на тех учителях, кто искренне старается и удерживает негатив в себе, как правило, сами приходят к заболеванию (язве, неврозу) и, как следствие, к профессиональной деградации.

Проблемы на работе (и не только), грусть- печаль есть у каждого из нас.

Значит ли это, что есть только две крайности: «оторваться» на проблемном ученике, сподвигнув его к психологическому нездоровью или удержать эмоции в себе, сподвигнув к нездоровью себя. Конечно же, нет и психологически грамотное поведение давно прописано, и использование оно и есть движение к психологической безопасности учителя и ребенка.

Таким образом, исходя из тезиса, что психологическое здоровье педагогов является необходимым условием здоровья детей, мы должны задуматься о психогигиене — системе мероприятий, направленных на сохранение и укрепление психологического здоровья учителей.

Психогигиена возникла как научное направление в конце XIX в., а в конце XX в. получила широкое распространение во всем мире, включая Россию. Она является таким же необходимым атрибутом педагогической работы, как гигиена санитарная. Существуют определенные методы ее осуществления, в том числе самостоятельно (за счет методов саморегуляции). Однако начинать эту работу рекомендуется под руководством психологов.

Сразу хочется отметить, что психогигиенические мероприятия встречают немалое сопротивление в школах, прежде всего со стороны самих педагогов. Это вполне объяснимо. Дело не только в известной нелюбви учителей к тому, что кто-то будет учить их самих.

Очевидно, что для эффективного внедрения психогигиены в школьную действительность необходима продуманная, последовательная система мер.

Далее перейдем к некоторым психосоциальным аспектам психологической безопасности. Для этого рассмотрим две ее составляющих:

- состояние психологической защищенности;
- способность отражать и преодолевать неблагоприятные внешние и внутренние воздействия.

Начнем обсуждение первой составляющей. По данным социологических исследований, достаточно большой процент родителей – до 75% озабочены проблемами безопасности ребенка в образовательной среде. Родителей волнует, что не всегда в образовательном учреждении обеспечена защита прав и достоинств ребенка, их волнует проблема конфликтности отношений детей между собой и школьников и педагогов. Родителей беспокоит, будет ли ребенок чувствовать себя понятым, принятым, позитивно оцененным, уважаемым и любимым вне зависимости от его академических успехов. Еще в большей мере волнует возможность деструктивных влияний на психику ребенка со стороны сверстников и старших детей, возможность манипулятивных воздействий со стороны педагогов, психологического издевательства над детьми.

Даже при желании обеспечить психологическую безопасность учеников учитель не всегда может распознать каждого ребенка. И здесь на помощь должны прийти психологи. Необходимы пособия по следующим темам: реакция на психическую травму; тревожные признаки, на которые следует обратить внимание; оценка того, в чем нуждается конкретный ребенок; способы оказания ему помощи; меры, которые следует принять после случившейся катастрофы.

В жизни детей всегда случаются кризисы, однако будут ли они оказывать на детскую психику травмирующее воздействие, отчасти зависит от учителей и воспитателей, и они должны знать реакции детей на психическую травму

Вернемся к заявленным составляющим психологической безопасности.

Ориентируясь на возрастные особенности, определим приоритеты: чем младше ребенок, тем абсолютнее направленность на обеспечение его состояния как психологически защищенного. Чем ближе к подростковому возрасту приближается ребенок, тем больше внимания мы должны уделять как развитию его способности

преодолевать неприятности, так и конкретным психологическим проблемам, возникающим на его жизненном пути.

Приведем пример исследования проблем проявлений различных видов насилия в школе, проведенного на выборке более 1000 подростков 12-15 лет из 9 школ Советского района г.Красноярска.

Анализ ответов детей показывает, что насилие со стороны других людей испытал практически каждый ребенок:

- половина подвергались оскорблениям,
- каждый десятый ребенок – избиениям,
- один из десяти – издевательствам,
- еще один из десяти детей испытал на себе вымогательство денег и вещей (8,4%) либо другие виды насилия (2,4%).
- и только 6 подросткам из 100 не приходилось испытывать на себе фактов какого-либо насилия.

Исследования ответов детей на предмет источника насилия выявили, что более чем в половине случаев – в 60% случаев (т.е. каждое второе насилие) исходит от самих детей – от чужих детей (38,5%) и от одноклассников (21,4%).

Более 19% случаев насилия – это насилие со стороны взрослых (родителей (5,5%), учителей (6,7%), взрослых (7%)). Интересен тот факт, что случаев насилия со стороны учителей респонденты отмечают больше по сравнению с фактами насилия со стороны родителей.

Треть подростков не станут обращаться за помощью к родителям для разрешения трудных ситуаций. Почти половина подростков предпочитают обсудить трудные ситуации с друзьями. Взрослые, представляющие различные социальные институты (учителя, психологи, представители правоохранительных органов), к кому можно обратиться за помощью, не в чести у подростков.

Как правило, детей никто не учит, что делать и как себя вести в ситуациях жестокого обращения. И вот как дети реагируют в подобных ситуациях: мстят за нанесенную обиду, оскорбления, сами совершают насилие, даже могут совершить преступления., 8,5% подростков готовы уйти из дома (вероятно в ситуации насилия со стороны родителей).

Итак, сегодня цель школьного образования состоит не столько в создании идеальных условий для ребенка, предполагающих свободную от любых конфликтов окружающую среду, сколько в обеспечении разносторонней подготовленности подрастающего поколения к вступлению во взрослую жизнь. Наряду с освоением академической программы школьник должен овладеть навыками самоконтроля и самооценки, разрешения конфликтов и сотрудничества. От социальной компетентности подростка во многом зависит его физическое и психическое здоровье, успешность его самореализации как личности.

В международной практике выделяют две основные модели обучающих программ первичной профилактики для детей и подростков: программы достижения социально-психологической компетентности и программы обучения жизненным навыкам. Обе модели ставят перед собой три основные задачи:

- 1) развитие личностной компетенции (обучение навыкам эффективного общения);
- 2) выработка и развитие навыков психологической защиты (обучение умению противостоять различным факторам риска);
- 3) предупреждение возникновения проблем (формирование навыков саморегуляции и т.д.).

На практике наиболее успешными оказались программы, объединяющие подходы обеих моделей. Одним из примеров может служить разработанная в США и реализуемая в 30 странах мира программа «Жизненные навыки» (Life skills), адресованная школьникам всех возрастов: от начальных классов до выпускных.

В нашей стране вместе с тем серьезной проблемой для школьного психолога становится то, что большинство этих программ недостаточно приспособлены для реализации в рамках школы с ее жестким временным и контингентным регламентом классно-урочной системы.

Оптимальным вариантом могли бы стать программы, ориентированные именно на школу. Это предполагает, что:

- продолжительность одного занятия – не более 40–45 минут;
- весь курс должен быть коротким, но интенсивным, не увеличивающим и без того огромную учебную нагрузку детей и подростков;
- группа может быть довольно большой (25–30 человек, которые объединены в один класс большей частью случайно, а не в силу индивидуальных психологических особенностей);
- занятия может вести не только психолог, но и педагог, прошедший некоторую подготовку.

При этом программа должна охватывать все учебные параллели — от первого до выпускного класса. Занятия не должны напоминать школьникам уроки, и их проведение могло бы осуществляться не только психологами, но и педагогами, в том числе учителями физической культуры, классными руководителями, социальными педагогами (Чепель, 2008).

На сегодняшний день такие программы еще не представлены, но возрастающая потребность обязательно обеспечит появление этого продукта.

Список литературы:

1. Балыхин Г.А. Система образования в Российской Федерации: финансовое, организационное и нормативно-правовое обеспечение // Экономика образования. - Кострома, 2001. - № 1. - С. 25-32.
2. Сухомлинский В.А. Сердце отдаю детям.- Киев: Радянська школа, 1974 г. - 288 с.
- 3.http://schv419.mskobr.ru/conditions/security/psihologicheskaya_bezopasnost_obrazovatel_nogo_processa_kak_uslovie_obespecheniya_psihologicheskogo_zdorov_ya_shkol_nikov/

УДК 159.9.07

ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕЖИВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВРЕМЕНИ ПОДРОСТКАМИ, НАХОДЯЩИМИСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ

Т.В.Казакова

Лесосибирский педагогический институт — филиал ФГАОУ ВПО «Сибирский федеральный университет»
г.Лесосибирск, Россия

Существующие в психологии представления о психологическом времени у детей достаточно противоречивы, что вызвано, прежде всего, склонностью самой природы этого явления, а, кроме того, теоретическими разногласиями ученых и отсутствием надежных методов изучения временных параметров самосознания, в связи, с чем возрастные особенности психологического времени в раннем онтогенезе практически не исследованы. Особый интерес в исследовании психологического времени представляет подростковый возраст, когда начинается сознательное формирование отношения к будущему. Основным новообразованием этого возраста является психологическая готовность к личностному самоопределению, существенная характеристика которого – ориентированность в будущее.

Чрезвычайно важная составляющая психического здоровья человека – способность самостоятельно определять цели своей жизни, наличие в образе мира

протяженной и содержательно насыщенной временной перспективы будущего. В ситуации нестабильности человек по-иному переживает время собственной жизни, переосмысливает прошлое, настоящее и будущее, иногда теряет ощущение времени, а значит, и цели собственного бытия, что для психолога служит одним из симптомов жизненного кризиса. Именно такой ситуацией нестабильности является – трудная жизненная ситуация.

В данной работе представлена попытка определения особенностей психологического времени и коррекция переживания психологического времени у подростков, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Как отмечает Камнева Е.В., впервые психологические закономерности переживания человеком времени были строго сформулированы И. Кантом. В истории философии с именем И. Канта связана концепция трансцендентальной идеальности времени как априорного условия чувственного созерцания. В концепции И. Канта, заявившего проблему времени в новом освещении, время как форма внутреннего чувства есть не что иное, как «чистая последовательность» («последовательное прибавление единиц») (Камнева, 2003).

Холл К. и Линдсей Г. указывают, что категория времени занимает существенное место в основных психологических теориях. В психоанализе З. Фрейда развитие личности и основные функциональные законы ее формирования определяются прошлым, как индивидуальным (фиксация стадий развития, вытесненность и вместе с тем актуальность детских травм и переживаний и т. д.), так и социально-историческим (комплекс Эдипа, переживание мифа, религиозная мистификация и т. д.).

В бихевиористской психологии функционирование психики в целом выводится из категории настоящего. Модель «стимул – реакция» описывает сиюминутное взаимодействие субъекта и внешней среды. Представители гуманистической психологии (Оллпорт Г., Маслоу А. и др.) считают, что одной из движущих сил человеческой деятельности является направленность личности в будущее (Холл, Линдсей, 2008).

В работах Тихонравова Ю.В. показано, что время очень важный экзистенциал, а понятие времени в экзистенциальной психологии отличается от понимания времени в других системах психотерапии. В экзистенциальной психологии прошлое, настоящее и будущее неразрывно связаны. В экзистенциальной психологии прошлому уделяется мало значения, так как прошлое "динамично", наше отношение к прошлому меняется, человек постоянно реинтерпретирует свое прошлое. Причинно-следственные связи в экзистенциальной психологии отвергаются, но не отвергается взаимосвязь между прошлым и настоящим. Людвиг Бинсвангер говорит о том, что подлинное существование связано с будущим, с трансцендированием собственных пределов. Если открытость будущему исчезает, то человек объясняет все происходящее с ним причинно обусловленным прошлым. Бинсвангер и другие психологи-экзистенциалисты подчеркивают, что будущее - в отличии от настоящего и прошлого - основной образец времени для человека. Прошлое приобретает значение только в свете проекта будущего, события избирательно черпаются из нашей памяти. Значение прошлого не фатально. Утрата перспективы будущего приводит к депрессии и беспокойству (Тихонравов, 1998).

В экзистенциальной психологии субъективное переживание времени – это течение жизни, переживаемое как спонтанная, живая энергия. Время переживается как текущее с определенной скоростью. Скорость времени, по мнению Г. Эллиенберга, - сложный и запутанный феномен. С возрастом эта скорость возрастает. Течение времени автоматически структурируется в необратимую последовательность прошлого, настоящего и будущего, каждое из которых переживается совершенно иным способом. Настоящее «постоянно сейчас», прошлое «уходит от нас», а будущее – это то, к чему мы направляемся. Большое значение для изучения проблемы психологического времени

имели работы представителя гуманистической психологии Ш. Бюлер. Проведенный ею анализ временной структуры жизненного пути в его различных измерениях, а также анализ основных событий жизненного пути подготовил почву для принципиальной постановки в психологии проблемы разномасштабности психологического времени, специфического содержания временной перспективы личности. Главная заслуга в этом принадлежит К. Левину, который поставил вопрос о существовании единиц психологического времени различного масштаба, обусловленных масштабами жизненных ситуаций и определяющих границы «психологического поля в данный момент» (Холл, Линдсей, 2008).

В концепции психологического времени представителей Ленинградской психологической школы Е.И. Головаха и А.А. Кроник эти трудности компенсируются. Психологическое время составляет внутренний план реального времени жизни, а жизненный путь личности исчисляется в параметрах особого исторического времени и его событийных доминант: психологический возраст и зрелость. Психологическое время характеризуется отсутствием строгой метрики, линейности, непроницаемости и необратимости. Это субъективное время личности, определяющее избирательность в осознании своего жизненного пути, пристрастное отношение к событиям своей жизни и произвольное отношение со временем собственной жизни. Психологическое время считается важным атрибутом самосознания личности и одним из условий ее существования» (Головин, 1998). Исследователями отмечаются следующие особенности психологического возраста: обратимость и многомерность. Психологическое время способно ускорять и замедлять свое течение, оно может переживаться непрерывным или прерывистым.

В рамках концепции личностного времени К.А. Абульхановой внутреннее время человека по мере становления личности становится все более психологическим и в пределе личностным (Абульханова, 2001). Внутреннее время обладает следующими свойствами: наиболее часто встречающееся свойство – изменение хода времени (замедление или ускорение внутреннего времени относительно внешнего), обратимость времени, параллельные времена, появление дополнительного времени.

С.Л. Рубинштейн указывал на значение временного плана в строении личности указывал, который отмечал, что каждый человек имеет как бы историю своего жизненного пути (Рубинштейн, 2013).

Термин «внутреннее время» предложен И. Пригожиным. Он выделил только две основные темпоральные протяженности: время внутреннее и внешнее (Пригожин, 1985). Однако эти подходы не сумели решить проблемы многомерности психологического времени, возможности его обратимости, нелинейной последовательности прошлого, настоящего и будущего.

Таким образом, опираясь на теоретические источники можно сказать, что психологическое время - это реальное время психологических процессов, состояний и свойств личности, в котором они функционируют и развиваются на основе отраженных в непосредственном переживании и ценностном осмыслении объективных временных отношений между событиями жизни различного масштаба. Время в сознании и поведении человека приобретает конкретное психологическое содержание как элемент культуры, уровень развития которой определяет доминирующую в данном сообществе концепцию времени. Временные понятия человека всегда определены той культурой, к которой он принадлежит. Взятые в биографическом масштабе, психологическое время предстает как осмысление человеком своей жизни, отношений между основными событиями жизненного пути личности.

Характеризуя подростковый возраст и его особенности, стоит отметить, что основным новообразованием этого возраста является психологическая готовность к

личностному самоопределению, существенная характеристика которого - ориентированность в будущее. В конце подросткового возраста происходит определение личностью своей жизненной позиции и на ее основе жизненной стратегии (Абульханова, 2001). В дальнейшем, в возрасте ранней юности формируется такая важнейшая структура, как мировоззрение, целостная картина мира и себя в нем; совершается профессиональное и личностное самоопределение, что связано с изменением восприятия времени; появляется жизненный план, осуществляется выбор путей его реализации по принципу "активное достижение – пассивное обстоятельствам", изменяется жизненная перспектива (Белановская, 2008).

Переход в подростничество сопровождается расширением рамок собственного психологического времени: временная перспектива удлиняется в сторону будущего и прошлого, с преобладанием во всех временах личностно-значимых, глобальных событий. В традиции Э. Эриксона главной задачей развития в подростковом возрасте является построение нового образа себя как целостного, непротиворечивого, изменяющегося и уникального. Эта задача развития может быть решена успешно при условии, что у ребенка возникает новое отношение к своему Я во времени, что происходит выстраивание событий собственной жизни на временной оси. Фактически речь идет о возникновении собственной биографии. Это означает не просто сохранение памяти о прошедших событиях и ожидание будущих, но некоторое их «увязывание» с одновременным обнаружением причинно-следственных связей между ними. Эта сложная задача решается на протяжении всего подросткового возраста. При переходе от младшего школьного к подростковому возрасту у ребенка происходит интенсивное переосмысление событий прошлого и будущего. Периоды жизни, значимые для ребенка в определенной последовательности сменяют друг друга: от ближайших во времени событий частного характера, к более отдаленным как в будущее, так и в прошлое, к преобладанию затем лишь отдаленного будущего и событий глобального характера. И, наконец, к установлению нового равновесия между прошлым и будущим. Эта сложная динамика временной перспективы свидетельствует о том, что на протяжении всего подросткового возраста происходит интенсивная работа по построению собственной биографии, по поиску своего личного места в собственной истории. Но начало этой работы, как это следует из результатов нашего анализа, связано с завершением младшего школьного возраста и открытием новых, взрослых, форм жизни. Динамика временной перспективы находит свое отражение и в представлении ребенка о себе. Особенно важным в этой связи мы полагаем обнаруженный при анализе самоописаний факт ситуационной зависимости Я у детей 11-го года жизни. Фактически речь идет о том, что прежде, чем возникнет адекватное представление о собственном изменении во времени, разрушается стабильное объектное Я, характерное для младшего школьника. Вначале ребенок обнаруживает, что может быть разным, и лишь позже эта потенциальная «различность» преобразуется в последовательность изменений во времени, связанных с планами и ожиданиями (Болотова, 2006).

В подростковом возрасте пересекаются восприятие прошлого, настоящего и будущего, а восприятие собственно психологического времени становится весьма напряженным, и это во многом определяется развитием Я-концепции подростка. Оптимальный вариант личностного развития предполагает относительную преимущество прошлого, настоящего и будущего Я. Позитивная динамика личностного роста является не просто движением по времени жизни, а подъемом к новым достижениям.

Старшие подростки могут переживать переход от прошлого к настоящему как изменение к худшему, как личностный регресс. Прошлое воспринимается как наилучшее время, так как в нем остались привлекательные для подростка ценности. Идеальный Я-

образ в этих случаях соотносится в прошлым, так как в настоящий момент кажется утраченным то, что составляло значимые ценности. В других вариантах развития настоящее и прошлое тесно взаимосвязаны и противопоставляются будущему, что предопределяет противопоставление реальности и будущего Я. В этих случаях имеет место неудовлетворенность собой, стремление стать другим, но отсутствует представление о том, как это может произойти. Встречается и такой вариант, когда три Я-образа, связанные с соотношением во времени, изолированы друг от друга: настоящее не является производным прошлого, а будущее не является продолжением настоящего. В такой Я-концепции детский Я-образ противопоставляется Я-образу взрослого, а реальный Я-образ настоящего существует изолированно от двух других (Реан, 2003).

И.А. Хасанов считает, что дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации, это – дети, оставшиеся без попечения родителей; дети – инвалиды; дети, имеющие недостатки в психическом и (или) физическом развитии; дети – жертвы вооруженных и межнациональных конфликтов, экологических и техногенных катастроф, стихийных бедствий; дети из семей беженцев и вынужденных переселенцев; дети, оказавшиеся в экстремальных условиях; дети – жертвы насилия; дети, отбывающие наказание в виде лишения свободы в воспитательных колониях; дети, находящиеся в специальных учебно-воспитательных учреждениях; дети, проживающие в малоимущих семьях; дети, с отклонением в поведении; дети, жизнедеятельность которых, объективно нарушена в результате сложившихся обстоятельств и которые не могут преодолеть данные обстоятельства самостоятельно или с помощью семьи (Хасанов, 2001).

В целях изучения особенностей переживания психологического времени у подростков, находящихся в трудной жизненной ситуации, нами было проведено экспериментальное исследование, в котором приняли участие учащиеся 6-9 классов МБОУ «СОШ № 1» г. Лесосибирска Красноярского края. Выборка исследования – 40 подростков, находящихся в трудной жизненной ситуации в возрасте от 12 до 15 лет. С целью исследования особенностей переживания психологического времени детей, нами использовался следующий диагностический инструментарий:

1. Циклический тест времени Т. Коттл.
2. Методика неоконченных предложений Дж. Ньютона.
3. Опросник временной перспективы Ф. Зимбардо (ZTPI).

Подводя итоги по результатам проводимых методик, были сформулированы следующие выводы. Объединяющей чертой для испытуемых, относительно будущего времени, является неизвестность, неопределенность. Все респонденты изначально утверждали о том, что они не могут говорить о будущем, так как его еще не было. Следовательно, анализировать прошлое, пройденный этап, собственный опыт, для подростков проще, чем спланировать, спрогнозировать, то чего еще не было. Все респонденты мечтают о хорошем будущем, но переживают, будет ли оно таковым. Подростки опасаются неизвестности после окончания школы, что с ними будет дальше, каким образом ребятам продолжать жить. Ребята хотят скорее закончить школу, но при этом опасаются встретить проблемы в будущей жизни. Следовательно, подростки не видят алгоритмов проживания, конкретных действий в дальнейшей взрослой жизни. В целом, респонденты не испытывают желания планировать, программировать свою жизнь для получения желаемого в конкретные время. Для исследуемых подростков проще сказать, что желаемое произойдет само собой в неопределенный период жизни, по ответам в период перехода во взрослую жизнь и взрослости. Также подростки в полной мере не способны наслаждаться своим настоящим и будущим, при этом не имея положительного прошлого. По итогам первичной диагностики были созданы две группы испытуемых: экспериментальная, куда вошло 12 подростков, принявших участие в

психологическом тренинге, и контрольная, состоящая из 12 подростков, не участвующих в тренинге.

Полученные результаты вызвали необходимость создания и реализации программы психологического тренинга, целью которого стало - создание предпосылки для развития способности видеть перспективу своей будущей жизни и запуск процесса проектирования подростками собственной жизни.

Задачи:

- Помощь в осознании значимости жизненных целей
- Актуализировать смысловое содержание жизненного пути
- Осуществить выход подростков в рефлексивную позицию по отношению к своей жизни
- Формирование позитивного образа будущего

Логика работы: от формирования представлений участников о времени до развития способности видеть и создавать перспективу своей будущей жизни.

Прогнозируемые результаты: развитие способности подростков увидеть и понять тот путь, по которому они пойдут в этом мире.

Организационные условия - данная программа предназначена для работы с подростками в возрасте 12-16 лет. Количество участников - 12-14. Проведено 10 занятий продолжительностью каждого - 45 минут.

Повторное диагностическое обследование в контрольной и экспериментальной группе было проведено спустя 2 недели после завершения развивающей работы. В качестве диагностического инструментария выступили методики, которые использовались в первичном диагностическом обследовании. Рассмотрим результаты повторной диагностики подростков по данным методикам.

Результаты повторной диагностики по методике «Циклический тест времени Т. Коттл» позволяют сделать вывод, что у 89% подростков из экспериментальной группы уровень развития представления о своем прошлом, настоящем и будущем заметно повысился. Это можно заметить по тому, как подростки отразили свое прошлое, настоящее и будущее в виде кругов при повторной диагностике. Подростки стали рисовать круги пересекающимися или соприкасающимися, что значит, что они стали связывать свое прошлое, настоящее и будущее. Также круг будущего у большинства подростков (77%) стал заметно больше, чем два другие. Это может означать, что подростки задумываются о своем будущем и представляют его достаточно обширным, имеют достаточно большие намерения по отношению к будущему.

Результаты повторной диагностики по методике неоконченных предложений Дж. Ньюлтена позволяют сделать вывод, что у подростков экспериментальной группы изменились показатели по категории календарное время. Эти результаты определяют индексы «настоящий момент» – результаты повысились у 70% подростков, «год» – результаты повысились у 40% подростков, «через год» – результаты повысились у 20% подростков, «месяц» – результаты повысились у 30% подростков, «день» – результаты повысились у 10% подростков, «неделя» – результаты повысились у 40% подростков. Показатели по категории «социальная жизнь» изменились результаты по индексам «жизнь» (повысились у 40%), «период обучения» (32%). Средние показатели данной категории увеличились по индексам: историческое будущее (повысились у 40%), открытое настоящее (повысились у 30% подростков экспериментальной группы), период взрослой жизни (повысились у 60% подростков экспериментальной группы), период перехода к взрослой жизни (повысились у 30%), прошлое (20%). Нулевые показатели у всех респондентов по отношению к индексу «старость» выросли у 30% участников экспериментальной группы, что свидетельствует о том, что подростки стали задумываться об этом времени.

Полученные результаты позволяют сделать вывод, что участники экспериментальной группы стали больше задумываться о своем будущем, это касается и периода взросления, и взрослой жизни, и старости.

Для оценки эффективности реализованной нами тренинговой программы мы использовали программу STATISTIKA 6.0. по методике «Опросник временной перспективы Ф. Зимбардо (ZTPI)».

При использовании t-критерия Стьюдента для зависимых выборок при уровне значимости 0,5 являются значимыми изменения по шкалам «негативное прошлое» ($t=7,3$ при уровне значимости $p=0,05$), «будущее» ($t=3,7$ при уровне значимости $p=0,05$), «фаталистическое настоящее» ($t=4,6$ при уровне значимости $p=0,05$). Анализируя полученные результаты, можно сделать вывод, что подростки из экспериментальной группы осознали значимость прошлого для настоящего и будущего, стали относиться к своему прошлому менее негативно, пессимистично. Подростки стали больше ориентированы на будущее, стали задумываться о планах и целей на будущее. Значимо снизились показатели по фактору «фаталистическое настоящее», следовательно, у подростков из экспериментальной группы стало меньше проявляться безнадежное отношение к своему настоящему, ребята стали понимать, что на свое настоящее и будущее можно повлиять.

Таким образом, исходя из результатов математической статистики, мы можем судить об эффективности предложенной развивающей программы, поскольку наблюдаются значительные изменения показателей первичной и повторной диагностики в экспериментальной группе.

Список литературы:

1. Абульханова, К.А. Время личности и время жизни / К.А. Абульханова, Т.Н. Березина. – СПб.: Алетейя, 2001.
2. Белановская, О.В. Временная перспектива жизненных планов в юношестве // Проблемы социальной психологии личности. – Саратов.: Саратовский государственный университет им. Н.Г. Чернышевского, 2008.
3. Березина, Т.Н. Многомерная психика. Внутренний мир личности. – М.: ПЕР СЭ, 2001.
4. Болотова, А.К. Психология организации времени. – М.: Аспект-пресс, 2006.
5. Головин, С.Д. Словарь практического психолога. – Минск.: Харвест, 1998.
6. Камнева, Е.В. Психологическое содержание временной перспективы в возрастном диапазоне от 6 до 18 лет. – Тула: ТулГУ, 2003.
7. Пригожин, И. От существующего к возникающему. Время и сложность в физических науках. – М.: Наука, 1985.
8. Реан, А.А. Психология подростка. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003.
9. Рубинштейн, С.Л. Основы общей психологии. – СПб.: Питер, 2013.
10. Тихонравов, Ю.В. Экзистенциальная психология – М.: ЗАО «Бизнес-школа Интел-Синтез», 1998.
11. Хасанов, И.А. Время: природа, равномерность, измерение. – М.: Прогресс-Традиция, 2001.
12. Холл, К. Теории личности /К. Холл, Г. Линдсей– М.: Психотерапия, 2008.

УДК 159.9.01

ДУХОВНЫЕ И ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАНЯТИЙ ЦИГУН В СРАВНЕНИИ С ФИЗКУЛЬТУРОЙ (НА ПРИМЕРЕ ФАЛУНЬ ДАФА)

М.В.Кочетков

Красноярский институт экономики

– филиал НОУ ВПО «Санкт-Петербургского университета управления и экономики»

г.Красноярск, Россия

Что такое цигун, йога, ушу? Как они соотносятся с физической культурой и спортом? Данные вопросы становятся всё актуальнее для жителя российских просторов: несмотря на то, что цигун, йога, ушу остаются достаточно экзотичными видами занятий в нашей стране, они активно развиваются, всё чаще попадаясь «на глаза» людям через рекламу, демонстрацию приверженцами восточных упражнений своих занятий в парках в тёплое время года, на различных общественных мероприятиях, благодаря «сарафанному радио» среди любителей экзотики, а также людей, озаботившихся своим здоровьем.

Попытка ответа на поставленные вопросы в настоящем небольшом исследовании во-многом обусловлена не столько инструментальными научными изысканиями, сколько личными жизненными наблюдениями и опытом. Так как субъективный фактор оценок в этом случае становится доминирующим, несколько слов о своём жизненном пути в непрофессиональной сфере деятельности. Его, во-первых, отличает достаточно активная в физкультурном плане позиция: всю жизнь увлекался футболом, настольным теннисом, лыжами, плаванием, баней, любил посещать Красноярские Столбы. В разные годы что-то из перечисленного входило в жизнь, а потом уходило на второй план, потом вновь активизировалось. Самым длительным и относительно систематичным было и остаётся занятие зимним плаванием, или «моржеванием». Начал заниматься в семнадцать лет и на протяжении десятилетия активно участвовал в соревнованиях по плаванию в открытой воде, нередко при температуре, близкой к нулю. Сейчас плаваю не так интенсивно, хотя, например, в этом году поучаствовал в сентябрьском эстафетном заплыве «Дивногорск-Красноярск» в составе команды клуба «Криофил», суточном февральском эстафетном заплыве, посвящённом 70-летию победы в Великой Отечественной войне.

Во-вторых, всегда был тесно связан с приверженцами занятий цигун, йогой, ушу. Многие из знакомых увлекаются элементами этих практик, разными медитациями, стремясь быть здоровыми, чтобы жить долго и продуктивно, развить разнообразные таланты, которыми их одарила природа, в том числе и спортивные.

В-третьих, в 17 лет впервые познакомился с ушу, занимался с год, после чего более 10 лет посвятил достаточно распространённым комплексам цигун («пять зверей» и т.д.) в совокупности с некоторыми упражнениями из йоги, затем полностью переключился на другое направление цигун – Фалунь Дафа (Фалуньгун), где основной упор делается на состоянии медитации, духовности. До сих пор, а это уже почти 15 лет, занимаюсь Фалунь Дафа, был председателем некоммерческого партнёрства «Центр духовного и физического совершенствования Фалунь Дафа» города Красноярска. Отмеченное направление духовного и физического совершенствования человека и будет отправной точкой для выделения некоторых характеристик цигун, йоги и ушу в сравнении с занятиями физкультурой и спортом. В связи с этим уделю внимание движению Фалунь Дафа в контексте собственного практического опыта.

Занятия Фалунь Дафа в нашем городе, как и в других городах и местностях, проводятся безвозмездно. Поэтому с абсолютно чистым сердцем всегда приглашал присоединиться к своему хобби буквально всех знакомых. Безвозмездные занятия – это требование Мастера Ли Хунчжи, основателя Фалуньгун в настоящий исторический период истории. По словам Ли Хунчжи, он является основателем движения Фалуньгун в том смысле, что взял на себя миссию широко его популяризировать. Популяризация Фалунь Дафа началась в 90-е гг. прошлого века, до этого принципы школы передавались «От Учителя к ученику». К концу 90-х гг. отмеченное направление цигун, по мнению

государственных структур Китая, стало самым популярным в этой стране, им занимался почти каждый десятый китаец, в том числе члены компартии. Коммунистический режим в 1999 г. изменил своё отношение к практике с позитивного на негативное во многом в результате внутривластной борьбы по единоличной инициативе бывшего тогда лидером Китая Цзян Цзэмина. Ныне эта система самосовершенствования распространена во многих странах мира и везде, кроме континентального Китая, считается полезной и хорошей. За пятнадцать лет гонений коммунистические власти Китая так и не смогли придать им легитимности. Сейчас многие из тех, кто развязал геноцид своего народа, уже осуждены, чаще всего за коррупцию. Судя по действиям нынешнего лидера Китая, прекращение бессмысленных репрессий в будущем неизбежно. Тем более, что практика не теряла своей широкой популярности в свободном от коммунистической атеистической идеологии Гонконге – специальном административном районе Китая. Фалуныгун очень популярен на Тайване.

Требование безвозмездности занятий строго выполняется везде, хотя в холодных климатических регионах, в том числе российских, порой крайне сложно договориться с помещением, не оплачивая даже аренды.

Активный в плане оздоровительных подходов жизненный путь, в частности большой опыт популяризации Фалунь Дафа в Красноярске последние почти пятнадцать лет, благоприятствовали знакомству и длительному общению с большим количеством людей, ищущих возможности сохранить или улучшить психическое и физическое здоровье, причём самых разных возрастов и убеждений. Их действительно за последние тридцать лет удалось повидать немало. Причём равнодушных к своему здоровью в разных направлениях физического саморазвития и спорта. Поэтому вольно или невольно всегда пытался ответить себе на вопрос, какие же направления лучше?

По моим наблюдениям за знакомыми, физически сохранили высокий потенциал за эти годы те из них, кто, помимо занятий с телом, активно менялись внутренне, росли духовно, трансформируя свои негативные качества характера в конструктивное русло, а в спортивных увлечениях «пришли» к умеренности и систематичности. Вместе с тем, наблюдалась и некоторая сверхзависимость людей от физкультуры: «Если я брошу бегать (прыгать, плавать, ходить в горы и т.п.), то организм начнёт рассыпаться». Те, кто увлекались йогой, ушу, цигун также отмечали пользу для них именно систематичности и непрерывности занятий, но такой фатальности, как у физкультурников, у цигунистов (ушуистов, практикующих йогу) мной отмечалось заметно меньше.

Однако даже не данное обстоятельство заставляет провести некое разграничение между, с одной стороны, физкультурным увлечением людьми различными видами спорта, и занятиями йогой, ушу и цигун, с другой. Всегда достаточно явным виделось преобладание случаев, когда, несмотря на усиленное занятие спортом, возрастные физкультурники (в сравнении с теми, кто практикует йогу, ушу, цигун) склонны к тяжёлым формам заболеваний, хотя мелкие болезни им и удавалось сдерживать достаточно долго и успешно.

Конечно, здесь сложно что-то утверждать, наблюдая жизненный путь относительно небольшого количества людей. Найти двух одинаковых субъектов и поставить эксперимент – один занимается только физкультурой, а другой – цигун (ушу, йогой) не сможет и наука. Каждый человек уникален, факторы, влияющие на его психическое и физическое здоровье, воздействуют очень индивидуально, даже у близнецов. Следует отметить, что репрезентативные экспериментальные исследования эффективности цигун неоднократно проводились различными специалистами, в том числе в нашей стране, они выявили однозначную пользу Фалунь Дафа. Мы лишь претендуем на обобщение своих наблюдений.

Мастер Ли Хунчжи, говоря о Фалунь Дафа, подтвердил моё житейское наблюдение, объяснил его причину достаточно убедительно, во всяком случае для меня. Его объяснение состоит в том, что цигун увеличивает продолжительность жизни клетки, способствуя сохранению тела и долгой жизни. Занятия же физкультурой, спортом активизируют метаболизм, клетка умирает раньше времени. Но за счёт того, что основную роль играет активная фаза жизни клетки, и достигается оздоровительный эффект при занятии физкультурой и спортом. Цена за здоровье в этом случае – уменьшение жизненного срока человека. Ведь существует достаточно распространённое мнение среди учёных, что число клеточных делений ограничено. Объяснения Ли Хунчжи более детальны. Об отличии цигун от физкультуры можно, в частности, узнать из его девятой видеолекции (доступна на сайте <http://ru.falundafa.org>).

Другое достаточно принципиальное отличие цигун и физкультуры – это характер движений при выполнении упражнений и работа с сознанием. Движения в цигун, во всяком случае в Фалунь Дафа, выглядят как плавные, медленные, вроде бы не представляя собой ничего особенного и сложного (видео упражнений также вполне доступны на отмеченном сайте). Правда, держать руки, например, в стоячей позе при выполнении второго упражнения («Стоячая свая Фалунь»), не войдя в медитацию и поток энергии, крайне затруднительно. Но, несмотря на некоторую сложность статических упражнений, практически все новички отмечают, что самое главное, но и трудное – это медитация, то есть работа с сознанием. Разновидностей медитаций очень много, особенность медитации в Фалуньгун состоит в том, что «совершенствуется Чжуиши». Иными словами, недопустимы трансовые состояния: несмотря на стремление успокоить все мысли, человек на задворках сознания должен осознавать, что он занимается практикой. Это антиномическое противоречие (полное успокоение сознания и осознание занятий), удаётся снять в практике, когда приобретаешь опытным путём понимание того, что такое созерцание, мерцающее сознание, так называемое состояние «здесь и теперь» при успокоении мыслей до состояния «стоячая вода». Современный человек практически не управляет своим сознанием, эмоциями, как следствие, многие способности у него не проявляются на потенциальном уровне, он не может быстро сосредоточиться, унять навязчивые мысли, обиды «жуются» неконтролируемо долго. Здесь и скрывается тесная связь с духовностью (в Фалуньгун – в рамках кармического понимания причинно-следственных особенностей жизнедеятельности). Дело в том, что «жующиеся мысли» как правило обусловлены какими-то яркими событиями дня, обидами или выгодными приобретениями, увлечённым устремлением к чему-либо. Конечно, существует множество психологических техник, способствующих успокоению сознания, что, с одной стороны, говорит о большой проделанной работе в этом направлении и достигнутых технологических результатах, с другой – об отсутствии устоявшейся эффективной технологии успокоения сознания.

В Фалунь Дафа причина беспокойного состояния сознания усматривается в привязанностях человека. Поэтому главенствующий фактор неспособности человека контролировать своё сознание – это мысленная пристрастная устремлённость к воспоминанию эмоционально ярких событий, различных потерь и приобретений, притягивающих выгодой идей, проектов. Человек часто страдает от неспособности остановить навязчивую реакцию сознания, например, на обиду, несправедливость. Хотя именно способность индивида к контролю своего сознания и характеризует его в качестве человека разумного.

Основная установка в школе Фалунь Дафа – это самосовершенствование, что заслуживает особого внимания в плане человеческой свободоспособности. Занимающийся свободен от каких-то внешних влияний, обязывающего следования кому-либо или чему-либо; распространение Фалунь Дафа в обществе не обусловлено созданием особых

условий, иерархий, учётных списков и т.п. Это «Дао без формы». Индивид, в частности, не зависим от инструктора-консультанта, проводящего занятия, влияние последнего на занимающегося носит рекомендательный характер. Сущностное изменение физического и духовного состояния человека в Фалунь Дафа связывается только с основателем Фалунь Дафа, что в рамках психологических категорий может быть рассмотрено, например, в контексте эгрегориальных подходов. Так как в практике Фалуныгун не требуется особых условий для самосовершенствования, то занятия в группах настоятельно рекомендуются лишь в самом начале. Хотя и в последующем, то есть при длительном занятии Фалунь Дафа в домашних условиях, время от времени всё-таки желательно, чтобы инструктор мог проконтролировать правильность движений, ответить на возникающие вопросы. Практика вполне социализирована, она не устанавливает каких-то изменений человеком своих социальных функций (семья, работа, гражданские обязательства и т.д.). Как отмечает Ли Хунчжи, самая благоприятная среда для совершенствования, и самая тяжёлая среда для самосовершенствования – это общество обычных людей. Здесь обязательное требование – соответствовать форме общества обычных людей, нельзя нарушать его состояние.

Целесообразность групповых занятий цигун обусловлена не только и даже не столько правильностью разучивания упражнений, что, при определённом волевом усилии можно сделать в соответствии с видеоуроками, сколько медитативной стороной цигун. Известно, что всё, что связано с изменением сознания, лучше делать при профессиональной поддержке. Несмотря на то, что в ходе занятия Фалунь Дафа все трансовые состояния сознания считаются не соответствующими данной школе, существует проблема того, как обеспечить реализацию данного требования на практике. Именно поэтому занятия начинаются с изучения лекций Ли Хунчжи; в группах всегда есть инструктор, который способен грамотно разъяснить возникающие вопросы, а при выполнении упражнений – скорректировать не только движения, но и состояние сознания. Это очень важно, так как заниматься приходят и те, кто склонны к пограничным состояниям психики, психическим заболеваниям. Ли Хунчжи однозначно не рекомендует таким людям заниматься, о чём регулярно объявляется на занятиях. По опыту их проведения отмечу, что таких людей как правило видно сразу – они не могут успокоиться, дёргаются, или, наоборот, начинаю блаженно улыбаться, уносясь мыслью в свои неведомые миры. Сначала приходится прерывать их упражнения, объяснять, что они не выполняют требования Мастера. В случае невыполнения рекомендаций, с такими людьми приходится просто расставаться, максимально, по возможности, сгладив негативную реакцию от такого поворота событий.

За многие годы выполнения инструкторских функций случаев отстранения было не много, но они были. Наверное благодаря этому большинство занимающихся отмечали только позитивные аспекты изменения своего психического состояния, сохранение отмеченного эффекта на всём протяжении более-менее регулярного выполнения комплекса упражнений и изучения лекций Мастера Ли Хунчжи.

В завершении акцентируем внимание ещё на одном принципиальном отличии занятий цигун от физической культуры и спорта.

Часто задают вопрос: зачем вы занимаетесь всякими китайскими практиками? В таком вопросе нередко скрыто отношение к цигун (йоге, ушу) не в качестве разновидности физкультурных техник, а, прежде всего, как к духовной школе, правда, по мнению задающего вопрос, чуждой россиянину.

На самом деле, практики ушу, йоги, цигун достаточно сложно назвать китайскими или, например, индийскими. Сам термин «цигун» появился в Китае лишь в период Великой культурной революции, когда уже были разгромлены монастыри, полностью поставлена под коммунистический контроль духовная жизнь китайцев. Тогда, как отмечает в своих лекциях Ли Хунчжи, и был придуман термин «цигун»: необходимо было

дистанцироваться от названий духовных школ, как правило основывающихся на системах Будды или Дао. Буддизм появился в Китае относительно недавно – несколько столетий назад он проник в Поднебесную из Индии. Индийские же буддистские традиции, в свою очередь, тесно связаны с ведическими основами, то есть духовными принципами, характерными для дохристианской Руси. Известно, что на Руси были распространены практики работы с телом, например, в традиции казаков характёрников, а обучение древних славян совмещало глубинное вспоминание с научением, то есть сопровождалось тем, что ныне называют медитативным состоянием. Возвращаясь к сравнительному анализу цигун и физкультуры, сказанное позволяет выделить ещё одно их принципиальное отличие – методологическая основа цигун, в отличие от физической культуры и спорта, базируется, прежде всего, на вероучении; серьёзное занятие многими направлениями цигун, йоги и ушу предполагает приоритет духовного самоизменения человека.

УДК 159.9.07

МИНИМИЗАЦИЯ НЕГАТИВНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ РАЗВОДА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ ЧЕРЕЗ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ СЕМЬЕ

С.В. Небыкова

ФГБОУ ВПО «Хакасский государственный университет им.Н.Ф. Катанова»

г.Абакан, Россия

Несмотря на то, что более половины браков во многих западных странах на сегодняшний день распадаются, эта статистика не делает конкретный развод менее безболезненным. Развод оказывает стрессогенное воздействие на всех членов семьи, ведет к росту заболеваемости, ухудшению условий семейного воспитания, падению производительности труда, снижению удовлетворенности жизнью.

Для супругов развод является фактором риска ухудшения здоровья, алкоголизации, суицида, психических заболеваний; трудностей в воспитании детей. В течение года после развода риск заболеваний у разведенных увеличивается на 30%. Разведенные пациенты чаще жалуются на головные боли, мочеполовые расстройства кожные заболевания, в 6 раз чаще посещают психиатра. Психические заболевания у разведенных мужчин встречаются в 5 раз чаще, чем у семейных, у разведенных женщин в 2,8 раза чаще, чем замужних. Более 50% женщин, переживающих развод, впадают в депрессию. Каждая пятая разведенная женщина совершает суицидальную попытку (Шнейдер Л.Б., 2001).

По данным Селигмана М., женатые люди наименее склонны к заболеванию депрессией. Те, кто никогда не состоял в браке, рискуют заболеть чуть больше. После одного развода вероятность увеличивается, самые худшие показатели у живущих в гражданском браке и перенесших два развода. Основным источником депрессии более половины опрошенных американцев назвали разрыв с близким человеком (Селигман М., 2006).

По данным исследования Гудзинской М.А. развод оказал негативное воздействие на физическое и психическое здоровье бывших супругов, их материальное положение и взаимодействие с ближайшим окружением (Гудзинская М.А., 2004).

Развод увеличивает вероятность появления отклоняющегося поведения у детей, отрицательно влияет на их успеваемость, приводит к различным нарушениям в поведении.

В результате развода обнаруживаются отклонения в поведении у 44% дошкольников, у 13 % детей в возрасте 7-8 лет, у 24 % детей в возрасте 9-12 лет. Девочки

могут реагировать на развод родителей замкнутостью, плаксивостью, неуверенностью в себе. Мальчики – агрессивностью, драчливостью, возбудимостью.

Дети в 2,5 – 3,5 года реагируют на распад семьи плачем, расстройством сна, пугливостью, снижением опрятности и любознательности, они рьяно отдают себя собственным вещам и игрушкам, создавая вымышленный мир, населенный голодными, агрессивными животными. Дети от 3,5 до 6 лет переносят развод травматично, не способны понять происходящего, нередко обвиняют во всем себя. В 5 лет больше страдают девочки, проявляя тревожность, раздражительность, неугомонность и агрессивность. В 6-10 лет возможна реакция злости, агрессии, долго не проходящей обиды. В 10-11 лет нередко возникает реакция заброшенности и тотальной злобы на весь мир (Флэйк-Хобсон К., 1992).

Одним из негативных последствий развода для детей является транспоколенная передача разводимости, то есть более высокая вероятность развода у детей, чьи родители развелись, чем у детей из полных семей. По данным Витека К. развод родителей в 3 раза увеличивает вероятность развода детей, при этом вероятность развода детей, чьи родители не разводились составляет 1:20 (Витек К., 1988).

Дети из разведенных семей в среднем хуже адаптируются к новым условиям, чем из благополучных семей. Важным фактором снижения адаптивности является интенсивность и продолжительность разногласий, ссор и конфликтов между родителями, свидетелями которых был ребенок, и особенно настраивание ребенка одним из родителей против другого (унижение одного из родителей на глазах ребенка). Адаптивность ребенка снижается пропорционально продолжительности периода, в течение которого он живет в разрушающейся семье. Хуже всего адаптированы дети, оставшиеся с родителями после развода при их совместном проживании в разделенной квартире. Наиболее действенным фактором, позволяющим снизить влияние неблагоприятных условий, является сильная эмоциональная связь между ребенком и некоторыми членами семьи, которые служат ребенку крепкой опорой (Кратохвил С., 1991).

В социально-психологической помощи в ситуации развода нуждаются все члены семьи. Если причиной развода является обоюдное добровольное решение супругов, то им обоим нужна помощь в выработке общего подхода к выстраиванию отношений с детьми, в нахождении личностных и социальных ресурсов для преодоления одиночества.

По мнению Аронс К., психолог должен помочь супругам изменить представление о том, что развод только негативное явление, принять новый взгляд на развод: развод не уничтожает, а изменяет семью. Дети в неполных семьях ни в чем не уступают свои сверстникам из полных семей. Развод - нормальное явление (не следует считать себя неудачником). Процесс развода предсказуем, его ход и последствия могут быть заранее предопределены. Наметить цели будущего: добиться того, чтобы ваша семья так и осталась семьей. Свести к минимуму негативные последствия развода для ваших детей, извлечь необходимые уроки, принять развод как неотъемлемую часть своего бытия (Аронс К., 1995).

В случае одностороннего решения о разводе, связанного с изменой, большая поддержка необходима оставленному супругу, по сравнению с инициатором развода.

Одним из направлений такой помощи является работа с сетью (концепция действий для поддержки психической компетентности через создание сети социальных контактов). Оставленного супруга учат понимать свои страхи и затруднения, чтобы открыть доступ к более тесным связям, расширить пространство общения и вовлечь значимых людей в проблемы клиента. Осуществляют поддержку межличностной компетентности и уверенности в себе для поиска потенциала помощи через образование тесных, эмоционально защищенных отношений, усиление существующих контактов,

интенсификацию слабых межличностных связей, имеющихся у клиента (Силяева Е. Г., 2002).

Осуховой Н.Г. разработана динамическая модель психологического сопровождения человека, пережившего чрезвычайную ситуацию. Психологическое сопровождение – особая модель психологической помощи, «специально организованный процесс, направленный на создание «переходного пространства», - безопасных условий, в которых становится возможным выход человека из негативного отчуждения (от себя, других людей, мира в целом), восстановление связи с самим собой, миром людей и обществом, реконструкция субъективного образа мира и освоение новых моделей поведения» (Осухова Н.Г., 2004; С.16).

Основные этапы психологического сопровождения: создание безопасного пространства, обеспечивающего чувство безопасности в физическом пространстве бытия и доверие к специалисту по сопровождению. Работа по возрождению чувств и отреагированию травматического опыта, пробуждающая у человека желание жить и веру в возможность позитивного будущего. Работа с разрушительными чувствами (в частности агрессивными), результатом которой является «расчистка «внутреннего пространства». Принятие и укрепление своего «Я» (принятие ценности себя и своей жизни, осознание себя не частью семьи или группы, а необходимой частью жизни). Расширение внешнего пространства. Изменение отношений с окружающими людьми (Я - один из людей) и способов взаимодействия с ними. Освоение новых жизненных ролей и моделей поведения. Обретение уверенности в своих силах. Готовность к переменам за пределами переходного пространства, в реальной жизни (Осухова Н.Г., 2004).

Действенную помощь легче перенести развод могут оказать не только психологи, но и социальные работники, учителя детей, родители которых разводятся. Так, Флейк-Хобсон К. рекомендует учителям осознать, что родители в кризисной ситуации не способны быть хорошими воспитателями. Поддерживать каждого из родителей, дав им понять, что они одинаково значимы для учителя. Обеспечить родителей книгами о разводе, предназначенными взрослым и детям. Убедить родителей, что детям необходимо время для адаптации к разводу, что наличие трудностей в поведении детей во время развода не означает, что эти трудности непреодолимы. Помочь родителям быстрее преодолеть чувство вины, показав на примере других детей, как справляться с трудностями развода. Создать вокруг родителей неформальную обстановку, чтобы им было легче делиться своими трудностями в отношениях с детьми. Не стесняться в проявлении любви к ребенку из неполной семьи. Для него важны всякие знаки внимания – улыбка одобрения, хорошие оценки (если он очень старался), другие формы поощрения его усердия. Необходимо дать ему понять, что его поведение одобряют, его ценят и уважают. При этом важно избегать излишне повышенного внимания и интереса, чтобы не подменять его мать или отца, не давать ребенку повода почувствовать свою зависимость от учителя (Флэйк-Хобсон К., 1992).

Сами родители могут защитить своих детей от травмирующего влияния развода, или, по крайней мере, уменьшить его. Аронс К. приводит следующие рекомендации для родителей. Не торопитесь – детям нужно время для адаптации. Учитывайте нужды и желания детей. Они вправе иметь и отца, и мать. Это у вас может быть бывший муж (бывшая жена), но у ваших детей не будет бывшего отца (бывшей матери).

Выясните, что думают дети по следующим вопросам: Чего они боятся больше всего? Что сделала мама неправильно? Что сделал папа неправильно? Считает ли он, что сделал что-то не так? Есть ли кто-то, с кем он хочет поговорить (любимый родственник или друг)? Может ли он спланировать, как разделить время, чтобы повидать маму, папу, родственников, друзей? Как бы он предпочел проводить каникулы? Праздники? Существует ли возможность для вас стать лучшей мамой? Существует ли возможность

для вашего мужа стать лучшим папой? Что ему больше всего нравилось в вашей совместной жизни? Не нравилось? Говорят ли его друзья о его семье в школе? Плачет ли он, когда один? Если бы у него была возможность что-то сказать кому-нибудь из родителей без наказания или обид, что бы он сказал? Постарайтесь не задавать всех вопросов сразу, выслушайте детей безоценочно, объясните, что они воспринимают неверно без обвинений (Аронс К., 1995).

Родители могут помочь ребенку осознать, выразить свои чувства и разрешить конфликт в душе благодаря таким видам деятельности как рисование, игра в куклы, чтение книг о разных типах семьи, рассказы на свободные темы, изготовление поделок, музыка или подвижные занятия.

Нужно дать возможность побыть ребенку одному, когда он этого хочет. Помочь ребенку почувствовать и понять ситуацию, найти соответствующие способы выражения его чувств, настроения. Не жалеть личного времени на разъяснения и беседы, терпеливо добиваясь взаимопонимания, несмотря на детский гнев на вас и отца, на того кто был инициатором развода или на желание помирить родителей.

Следует избегать чрезмерной опеки, которая может вызвать у ребенка желание вернуться к прежним зависимым формам поведения, свойственным малышам (психологическая защита по типу регрессии) (Флейк-Хобсон К., 1992).

Установить четкие, обоснованные и постоянные ограничения, так как дети будут проверять вашу силу. Именно в тот момент, когда вам больше всего требуется понимание, они будут испытывать ваше терпение. За всем этим скрывается страх, быть брошенным и тем из родителей, с которым он остался. Жесткая дисциплина на этом этапе – благо. Тяжелая работа и обязанности отвлекают детей от постоянных мыслей о несчастьях. С помощью строгого распорядка вы приучаете детей собираться с силами, чтобы выдержать житейские потрясения (Кент М., 1993).

Достаточно эффективной для минимизации негативных последствий развода для здоровья может быть, на мой взгляд, самопомощь.

Несмотря на то, что переживание развода является сугубо индивидуальным, хотелось бы поделиться собственным опытом преодоления этой трудной жизненной ситуации. Семь лет назад мой партнер после 24 лет брака объявил о том, что любит другую женщину и хочет развестись со мной.

Наиболее невыносимой была первая неделя – у меня было ощущение, что вся я состою из одной большой боли, которая в виде студнеобразной субстанции поглотила мое тело. Боль и это ощущение поглощенности чем-то сильным и страшным было настолько велико и сильно, что я даже не могла дышать в полную силу. Любые движения, слова, принятие решений происходили с трудом, были автоматическими и сопровождалась единственным желанием вытерпеть.

Состояние шока проявлялось в том, что я была полностью сконцентрирована на нестерпимой боли и не реагировала на происходящее как-то эмоционально (мир сам по себе, я сама по себе). При этом состоянии ты даже не способен принимать ничью помощь, да в принципе и не понимаешь, что она тебе нужна. Все силы уходило только на то, чтобы держаться: дожить до конца совещания, до обеда, до конца рабочего дня, до ночи, до утра, до конца недели.

Очень хотелось вообще умереть или отключиться надолго, чтобы, когда проснулся, боли не было. Мир воспринимался в какой-то гулкой пустоте, где есть ты со своим горем и непонятное движение вокруг, не имеющее к тебе никакого отношения. Хотелось орать от боли так громко, как можешь, хотелось выплеснуть ее куда-нибудь, чтобы избавиться от этого ужасного желеобразного состояния, когда при каждом движении казалось, что боль опрокинет тебя, зальет в тебе все, и ты просто умрешь.

Возвращаясь обратно к этим страшным дням, мне кажется теперь, что опыт осознания своего тела, неотделимого от души, когда эмоциональное переживание было прочувствовано в неразрывности с физическими ощущениями, помог мне сделать первый шаг по преодолению кризиса. Правда в то время ни о каких позитивных изменениях и желании личностного роста речь не шла, такое даже в голову не приходило. Слишком велика была сила негативных эмоций: отчаяния, беспомощности, страха за будущее, ощущение брошенности, ненужности никому, нестерпимого одиночества как физического, так и психологического, резкое снижение самооценки (я никто раз меня можно бросить как ненужную старую вещь), ненависти к сопернице и предательству со стороны бывшего мужа.

Даже алкоголь не выводил из этого состояния, ни его количество, ни его качество боль не устраняли, не принося даже временного эффекта обезболивания, забывания и улучшения настроения. Обеспокоенный моим состоянием взрослый сын, просто вылил бутылку вина в раковину, что направило мои мысли в иную сторону. Ему—то сейчас какого, нашему сыну, который знал своего отца, как моего мужа целых 20 лет, а теперь должен как-то решить для себя как жить и общаться со своими родителями, которые уже не живут вместе. В какой-то из книг, я прочитала фразу о том, что родители должны подавать пример структурированного и осмысленного бытия в ситуациях потерь, демонстрируя детям, как конструктивно справляться с жизненными трудностями. Такое переключение внимания со своей персоны на переживания ребенка придало мне каплю мужества, которая в свою очередь запустила поиски других способов, не травмирующих ребенка, по обезболиванию моей потери и устранению чисто физической боли.

Я полезла в интернет искать способы, которые помогли другим в подобной ситуации. Я читала запоем психотерапевтические книги и выписывала себе цитаты из них. Чтобы отвлечься от негативных навязчивых мыслей я начала перечитывать их периодически, нашла молитвы и читала их подряд утром и вечером. Запретила себе жалеть себя до обеда, и хотя это слабо помогало, потому что я все равно зависала на своих проблемах, но, по крайней мере, создавало иллюзию контроля над ситуацией и своим сознанием.

Кстати, когда я читала у Гроффа о состояниях духовного кризиса, которые пугают людей неконтролируемостью происходящего, часто выражаясь в психопатических состояниях, я верила, что это возможно, но только не со мной. Я имела о себе достаточно устойчивое мнение как человеке здравомыслящем, умеющем себя контролировать, прогнозировать последствия своих действий, а присущую мне импульсивность и глубину эмоциональных реакций всегда списывала на свой холерический темперамент и невоспитанность. Но здесь со мной происходило нечто иное, пугающее меня настолько, что периодически возникающие мысли, что если я не возьму себя в руки, я сойду с ума, пугали меня еще сильнее и, видимо разбудили мой инстинкт самосохранения.

Немаловажную роль сыграл и социальный фактор. Мы живем в маленьком городе и слухи о внебрачном романе моего бывшего мужа и нашем с ним разводе мгновенно стали достоянием общественности. Демонстрировать окружающим свои страдания не входило в мои планы, поэтому я всеми силами пыталась держать лицо на работе, в общественных местах и улицах города. Держание маски, как я сейчас понимаю, имеет свои плюсы и минусы. Плюсом исполнение роли «у меня все нормально» является то, что сначала ты заставляешь себя играть, а потом, пожив несколько минут, часов в этом благополучном теле, душа начинает отвлекаться от своих тревог. Одновременно быть расслабленным физически и напряженным в сознании очень трудно. Постепенно, работая по принципу Станиславского через тело к эмоциям, я научилась и обратному процессу. Как только черные мысли одолевали меня, я сразу же начинала искать, а что в теле зажато и пробовала вообще занять себя такой физической работой или физическими

упражнениями, танцами, катаниям на велосипеде, чтобы расслабить тело. Счастливые тело, мышечная радость абсолютно несовместимы со страданиями души. Проверенно на себе - рекомендую всем.

Постепенное выныривание из состояния растерянности, беспомощности, саможаления на самом деле не являлось поступательно постепенным. Скорее я назвала бы это отдельными инсайтами, которые были вкраплены в общий поток боли и отсутствия способности вообще мыслить, не говоря уже о том, чтобы мыслить здраво.

Даже знание, что острая боль пройдет, что через год-два все будет казаться иным, не приносило облегчения. В то время этот промежуток времени казался мне длиной в миллиард лет, потому что жила я, меря жизнь минутами и часами (тот, кто когда-нибудь бросал курить поймет мое ощущение времени очень легко). Отучение себя от табака очень похоже на отучение себя от близости с другим. Сначала ты вообще ни о чем кроме этого думать не можешь. Каждая ситуация, более-менее напоминающая что-то, хоть отдаленно связанное с твоей любовью, провоцирует такую захлестывающую тебя волну чувств и образов, что ты тонешь в ней. Чем больше ты стремишься выпутаться из этого потока, тем сильнее вязнешь, хуже себя чувствуешь, чем хуже ты себя чувствуешь, как жалкое, брошенное существо, тем труднее вообще заставить себя подумать о чем-то конструктивном, а уж совершить какое-то действие, чтобы почувствовать себя лучше, это вообще лежит за рамками возможностей на данный момент.

Поток неконтролируемого прошлого вторгается в сознание и затапливает все проблески здравых мыслей о том, что нужно как-то выходить из этого положения, хотя бы ради собственного самосохранения. Очень тяжелым становится время выходных и отпуска, из-за того, что ты не должен заставлять себя работать и держать маску перед социумом. Именно эти времена ассоциируются с приятными семейными воспоминаниями, ты не знаешь, куда себя деть, потому что старые шаблоны поведения разрушены, а новых ты не в состоянии выстроить из-за постоянного провала в прошлое. В рабочие дни ты вынужден подчиняться общей структуре, выстроенной не тобой (в первые месяцы развода – это мощное средство обезболивания, которое позволяет тебе хотя бы автоматически двигаться, говорить и пытаться что-то делать).

Порочный круг усугубляется тем, что ты постоянно хочешь об этом говорить, неважно с кем, но, выплескивая свою боль в виде слов, предназначенных другому, надеешься, что станет легче. Ты говоришь и говоришь о травмирующем тебя событии. Ты не слышишь, что тебе отвечают, потому что регрессируешь в ту стадию развития, когда был маленьким и просто жаловался и плакал, чтобы почувствовать, что рядом есть кто-то, кто может тебя погладить по головке, прижать к себе и не отпускать в пугающий мир, в котором надо брать ответственность за свою жизнь на себя.

Постепенно друзьям и родным надоедает твое нытье, и они либо отстраняются от тебя чисто физически, либо начинают говорить тебе неллицеприятные вещи. Трезвый взгляд друзей и их собственное мнение о сложившейся ситуации воспринимаются очень болезненно, но создают условия для начала выздоровления (Например, внезапный приезд бывшего к вам в дом, который вы трактуете, как «любит все-таки», они воспринимают, как «видишь, как он по дому скучает»).

Злясь и обижаясь на друзей, начинаешь хотя бы иногда включать свое «рацио». Начинаешь понимать, что мир настолько разнообразен, что на одно и то же событие не существует двух одинаковых взглядов. То, что кажется мне первостепенным, для другого только случай посплетничать; что погружаясь полностью в переживание события, я настолько необъективна, что реагирую не на факты, а только на свое восприятие их, причем реагирую так, как мне выгодно. Выгода при этом абсолютно условна, мне начинает нравиться роль жертвы, рассказывая одно и то же сорок раз, я постепенно приукрашиваю себя и ярче очерчиваю образ врага.

И как только ты перестаешь ощущать себя «пупом земли», начинаются личностные позитивные изменения. Очень медленно, по принципу один шаг вперед – сто шагов назад, с провалами в депрессивное состояние, смещенную агрессию, ты вытаскиваешь себя из прошлого, структурируя повседневную жизнь и пытаешься наметить цели будущего. Ты начинаешь открываться миру, новому опыту, новым отношениям, становишься терпимее к себе и другим, твоя жизнь становится более насыщенной, осмысленной, и ты, наконец, осознаешь смысл фразы: «то, что нас не убивает, делает нас сильнее».

Таким образом, уменьшить травмирующее влияние развода на физическое, психическое и психологическое здоровье взрослых и детей можно средствами социально-психологической помощи всем членам семьи, организованным как психологическое сопровождение, консультирование, группы встреч или группы взаимопомощи, расширение социальных связей, самопомощь, обучение учителей и родителей оказанию психологической поддержки детям.

Список литературы:

1. Аронс, К. Развод: крах или новая жизнь? /К. Аронс.- М.: «Мирт», 1995. - 448 с.
2. Витек, К. Проблемы супружеского благополучия /К. Витек.- М., 1988.
3. Гудзинская, М.А. Исследование восприятия развода как трудной жизненной ситуации / М.А. Гудзинская //Человек в трудной жизненной ситуации / под ред. Е.А. Петровой. – М., 2004, С.201-202.
4. Кент, М. Стратегия развода /М. Кент.- СПб.: Лениздат, 1993. -142 с.
5. Крадохвил, С. Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний /С. Крадохвил. – М., 1991.
6. Осухова, Н.Г. Человек в трудной жизненной ситуации: феноменология и психологическая помощь /Н.Г. Осухова //Человек в трудной жизненной ситуации / под ред. Е.А. Петровой. – М., 2004, С.15-17.
7. Психология семейных отношений с основами семейного консультирования /под ред. Е.Г. Силяевой. – М.: изд. центр «Академия», 2002. -192 с.
8. Селигман, М. Новая позитивная психология: Научный взгляд на счастье и смысл жизни /М. Селигман. – М.: Изд-во «София», 2006. —368 с.
9. Флэйк-Хобсон, К. Мир входящему: Развитие ребенка и его отношений с окружающими /К. Флэйк-Хобсон, Б. Робинсон, П. Скин. – М.: Центр общечеловеческих ценностей, 1992.– 511 с.
10. Шнейдер, Л.Б. Психология семейных отношений: Курс лекций /Л.Б. Шнейдер. - М.: Апрель-Пресс, 2000. – 512 с.

УДК 159.9.07

СПЕЦИФИКА КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ И РЕЛИГИОЗНОЙ АКТИВНОСТИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Д.К.Орлов

ФГОУ ВПО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова».

г.Чебоксары, Россия

Человек на протяжении всей своей жизни, всегда подвергался различным физическим, социальным воздействиям, ежедневно попадает в стрессовые ситуации. Подобные ситуации связаны с безопасностью личности, как на физическом уровне, так и на психологическом. Успешное преодоление жизненных трудностей и стрессовых

ситуаций является, важным фундаментом в психологическом здоровье личности. В связи с этим становится актуальной проблема изучения различных ресурсов и возможностей, для преодоления стрессовых ситуаций.

Целью работы стало изучение религиозной активности студентов Чувашского государственного университета и их выбор стратегий совладающего поведения (копинг-стратегий).

Религиозная активность представляет собой понятие, выводимое из категории активности, которое характеризует человека как независимого источника инициативы (субъекта) в глобальных отношениях с действительностью (Смирнов Д.О. 2001).

В исследовании приняли участие 300 студентов различных форм обучения Чувашского государственного университета имени И.Н. Ульянова в г. Чебоксары. Все опрошенные идентифицировали себя как православные христиане. Из них 73 мужчины (24,4%) и 227 женщины (75,6%); общий средний возраст на момент исследования составил $28,16 \pm 8,45$ года.

Для проведения исследования выбраны следующие методики: методика Э. Хайма позволяет с помощью самоотношения к 26 ситуационно-специфическим вариантам копинга устанавливает индивидуальные предпочтения в использовании поведенческих, когнитивных и эмоциональных стратегий совладания со стрессом и степень их адаптивности (Карвасарский Б.Д. 1999). Методика изучения религиозной активности» (МИРА), разработанная Д.О. Смирновым, включающая в себя оценку следующих компонентов: религиозное переживание - говорит о многообразии личного религиозного опыта и отражает субъективный результат теистических трансцендентных устремлений человека. Астенические религиозные переживания - говорят о глубоких и многообразных чувствах по отношению к Божественному, в которых человек ощущает слабость, несовершенство, неполноценность, боль перед Теосом. Стенические религиозные переживания - говорят о глубоких и многообразных чувствах по отношению к Божественному, в которых человек ощущает прилив сил, энергии, восторг, вдохновение. Предрелигиозные переживания - в отличие от двух предыдущих, данные чувства хоть и направляют человека в сферу трансценденции, однако не несут в себе связи с Теосом. Религиозные действия - отражает индивидуальный опыт выполнения религиозных действий (участие в церемониях, практическое следование религиозным принципам, обращения к Богу) (Смирнов Д.О. 2001).

Все испытуемые в зависимости от уровня религиозной активности были разделены на три группы. В группу с высокой религиозной активностью вошли испытуемые, набравшие суммарный показатель религиозной активности по методике МИРА равный или более 8 баллов ($PA \geq 8$). В группу со средней религиозной активностью вошли испытуемые, набравшие по методике МИРА суммарный показатель религиозной активности менее 8, но более 4 баллов ($8 \leq PA < 8$). В группу с низкой религиозной активностью вошли испытуемые, набравшие по методике МИРА суммарный показатель религиозной активности менее 4 баллов ($4 \geq PA$).

Результаты и их анализ. В группу со слабой религиозной активностью вошло 36 (12%) испытуемых, в группу со средней религиозной активностью вошло 192 (64%) испытуемых, в группу с высокой религиозной активностью вошло 72 (24%) испытуемых.

Проведённый анализ по методике Э. Хайма показывает, что для группы испытуемых с низким уровнем религиозной активности на когнитивном уровне неадаптивные стратегии выбрали 30,5%, относительно адаптивные стратегии 16,6%, адаптивные стратегии 52,9%. На эмоциональном уровне неадаптивные стратегии выбрали 11,1%, относительно адаптивные стратегии 5,5%, адаптивные стратегии 83,4%. На поведенческом уровне неадаптивные стратегии выбрали 13,8%, относительно адаптивные стратегии 33,2%, адаптивные стратегии 50%.

Для группы со средним уровнем религиозной активности были характерны следующие показатели, на когнитивном уровне неадаптивные стратегии выбрали 30,2%, относительно адаптивные стратегии 29,1%, адаптивные стратегии 40,6%. На эмоциональном уровне неадаптивные копинг стратегии выбрали 15,1% испытуемых, относительно адаптивные стратегии выбрали 11,9% испытуемых, адаптивные стратегии избрали 72,9%. На поведенческом уровне неадаптивные стратегии избрали 16,6% испытуемых, относительно адаптивные стратегии выбрали 34,3% испытуемых, адаптивные стратегии избрали 48,9% испытуемых.

Для группы с высоким уровнем религиозной активности были характерны следующие показатели, на когнитивном уровне неадаптивные стратегии выбрали 32,9%, относительно адаптивные стратегии избрали 36,6% испытуемых, адаптивные стратегии выбрали 31% испытуемых. На эмоциональном уровне не адаптивные копинг стратегии выбрали 12,6% испытуемых, относительно адаптивные копинг стратегии избрали 8,4% испытуемых, адаптивные копинг стратегии выбрало 78,8% испытуемых. На поведенческом уровне неадаптивные копинг стратегии выбрали 14,1% испытуемых, относительно адаптивные стратегии избрали 30,1% испытуемых, адаптивные стратегии выбрали 54,9% испытуемых.

В когнитивной сфере группа с низкой религиозной активностью избирают адаптивную стратегию «проблемный анализ» (22,2 %) и неадаптивную стратегию «диссимуляция» (20,4 %), для них свойственно анализировать сложившуюся ситуацию, либо скрывать свои проблемы. Для группы со средней религиозной активностью лидирующими копинг стратегиями являются: адаптивная стратегия «проблемный анализ» (20,3%), и адаптивная стратегия «сохранение самообладания» (16,1%), что говорит о том, что в стрессовой ситуации, прибегают к ее анализу, и при этом сохраняют самообладание. Для группы с высокими показателями религиозной активности характерна относительно адаптивная стратегия «религиозность» (21,1%), и адаптивная стратегия «проблемный анализ» (19,7%). В сложной стрессовой ситуации религиозно активные испытуемые передают решение своих проблем Богу, а также стараются придать проблеме меньшую существенность, сравнивая ее с другими ситуациями.

В эмоциональной сфере группа с низкой религиозной активностью избирают адаптивную стратегию «оптимизм» (80,5%), и неадаптивную стратегию «покорность» (5,5%). Для группы со средней религиозной активностью характерна адаптивная стратегия «оптимизм» (71,3%), и неадаптивная «подавление эмоций» (7,3%). Для группы с высокой религиозной активностью, как и для двух других групп характерен выбор адаптивной стратегии «оптимизм» (74,6%), и выбор неадаптивной стратегии «самообвинение» (11,2%). Для всех трех групп характерно преобладание выбора адаптивной стратегии «оптимизм». Оптимизм как эмоциональное состояние, связанное с уверенностью в наличии выхода из любой ситуации.

В поведенческой сфере группа с низкой религиозной активностью избирают адаптивную стратегию «обращение» (22,2%), и не адаптивную стратегию «активное избегание» (14,5%). Данные испытуемые в стрессовой ситуации, стараются найти людей, которые смогли бы их сориентировать в сложной ситуации, дать хороший совет, либо же при столкновении с трудностями стараются избегать проблем, не хотят прилагать усилий для их преодоления. Испытуемые из группы со средней религиозной активностью избирают относительно адаптивную стратегию «отвлечение» (23,4%), и адаптивную стратегию «сотрудничество» (17,7%). Для этих испытуемых уход в любимое дело, является возможностью не сосредотачиваться на сложившихся проблемах. Адаптивность этого механизма зависит от конструктивности избираемой деятельности. Так же они используют контакты со значимыми людьми, для решения сложившихся проблем. Испытуемые из группы с высокой религиозной активностью избирают адаптивную

стратегию «сотрудничество» (25,3%), и относительно адаптивную стратегию «отвлечение» (22,5%). Данные испытуемые в стрессовой ситуации, прибегают к значимым для них людям, с целью преодоления сложной жизненной ситуации. Возможно для религиозных испытуемых это могут являться духовные пастыри и учителя. Так же для них свойственно при возникновении стрессовой ситуации погружаться в любимое дело.

Таким образом, анализируя полученные результаты можно сделать следующий вывод, что религиозный фактор является одним из ресурсов, способствующих адаптивному совладанию со стрессовыми ситуациями. Сравнительный анализ в смежных исследованиях подтверждает выводы нашего исследования. В западных исследованиях отмечается, что более религиозные испытуемые лучше справляются с депрессивными состояниями и тревожностью (Koenig H. etc. 2012), в среде религиозно активных людей меньший процент страдающих алкоголизмом и наркотической зависимостью (Gorsuch, R. L. 1995). В отечественных исследованиях можно отметить изучение верующих пациентов, страдающих пограничными расстройствами, в личностной структуре которых наблюдались более низкие показатели деструктивной агрессии, деструктивного и дефицитарного страха. В ситуации дезадаптации на эмоциональном уровне основным отличием верующих от неверующих больных является полное отсутствие у первых аффективно выраженных стратегий совладания (Николаев Е. Л. 2006.).

Список литературы:

1. Карвасарский Б. Д. и др. Копинг-поведение у больных неврозами и его динамика под влиянием психотерапии //БД Карвасарский, ВА Абабков, ГЛ Исурина и др. – 1999. – С. 23.
2. Николаев Е. Л. Пограничные расстройства как феномен психологии и культуры. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2006.
3. Сирота Н. А. Копинг-поведение в подростковом возрасте: Автореф. дисс.... докт. мед. наук. – 1994.
4. Смирнов Д.О. Религиозная активность в структуре интегральной индивидуальности: Автореф. дис... канд. психол.наук. Пермь, 2001. С. 3–13.
5. Фролова А. В. Взаимосвязь антиципации и религиозной активности у лиц с невротическими расстройствами // Неврологический вестник 2013. Т. 45. №. 1. С. 22-26.
6. Ялтонский В. М. Копинг-поведение здоровых и больных наркоманией. Дис... д-ра мед. наук. СПб. 1995.
7. Gorsuch R. L. Religious aspects of substance abuse and recovery //Journal of Social Issues. – 1995. – Т. 51. – №. 2. – С. 65-83.
8. Hater J. J., Singh B. K., Simpson D. D. Influence of family and religion on long-term outcomes among opioid addicts //Advances in alcohol & substance abuse. – 1984. – Т. 4. – №. 1. – С. 29-40.
9. Koenig H., King D., Carson V. B. Handbook of religion and health. – Oxford university press, 2012.
10. Koenig H. G., Cohen H. J. (ed.). The link between religion and health: Psychoneuroimmunology and the faith factor. – Oxford University Press, 2001.
11. Koenig H. G. et al. Religious practices and alcoholism in a southern adult population //Psychiatric Services. – 1994. – Т. 45. – №. 3. – С. 225-231.
12. Lorch, B. R., & Hughes, R. H. (1985). Religion and youth substance use. Journal of Religion and Health, 24, 197-208.

УДК 159.9.07

ОТЧУЖДЕНИЕ В ОТНОШЕНИЯХ

Е.М.Петроградова, С.М.Колкова
 ФГАОУ ВПО «Сибирский федеральный университет»
 ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени
 профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого»
 г.Красноярск, Россия

Связь отчуждения с нарушением включенности в те значимые жизненные отношения, реализация которых несет человеку ощущение смысла своей жизни и заменой их отношениями, в которых отсутствует жизненная включенность субъекта

- философский как процесс объективации сознания индивида;
- социологический как различные объективированные формы, действительность (Я и другие);
- психологический как состояния и процессы, переживаемые в ходе присвоения объективированных форм и объектов (Я реальное и я актуальное).

Таблица 1 – Отчуждение как состояние

Уровни отчуждения	Обратимое отчуждение	Необратимое отчуждение
Философский, общеметодологический уровень	Овнешнение, объективация, опредмечивание, институализация собственного сознания, духа (Г. Гегель, К. Маркс)	Овнешнение, объективация, опредмечивание, институализация чужого сознания, чужих целей и идей (К. Маркс)
Социологический уровень (социальные формы и процессы)	Произведение собственного сознания (Г.Гегель); Gemeinschaft (Ф. Теннис); личностные вклады (А.В. Петровский)	Произведение, полученное в результате действия ради действия (Г.Гегель); продукт отчужденного труда, частная собственность (К.Маркс); запретные действия (З.Фрейд); враждебное общество (К.Хорни); разделение труда, “независимый” продукт, объективированная культура, деньги (Г. Зиммель); разделение труда (Э.Дюркгейм); потребительство, нетворческий труд (Э.Фромм);
Психологический уровень (психологические процессы и состояния)	Процесс и состояния присвоения собственного произведения, счастливое сознание (Г.Гегель); “перетекание” субъекта через объект вновь в субъект	Несчастное, противоречивое сознание (Г.Гегель); конфликт субъективной и объективной культуры (Г.Зиммель);

	(Г.Зиммель); диалог Я и Ты (М.Бубер); обособление как момент индивидуализации (В.С. Мухина, А.Е.Горбушин, В.А. Абраменкова); идеальная репрезентированность в Другом (А.В. Петровский, В.А. Петровский)	потеря духовной родовой сущности (К.Маркс); конфликт между Сверх-Я и Оно (З.Фрейд); коренная тревога (К.Хорни); самоубийства, аномия (Э. Дюркгейм); чувство несвободы (М.Вебер); страх, тревога, бессмысленность и др (К.Ясперс, М.Хайдеггер, Ж.-П. Сартр, А. Камю), нарушение диалога Я и Ты (М. Бубер); сужение личной жизни (С.Л. Рубинштейн, К.А. Абульханова-Славская), несовпадение значений и смыслов (А.Н. Леонтьев), неотраженность в Другом (А.В. Петровский, В.А. Петровский, М.В.Полевая), одиночество (А.Е. Горбушин, В.А. Абраменкова).
--	--	--

Описания отчуждения как состояния удобнее разделять 2 на два основных варианта, которые можно также назвать двумя основными формами отчуждения: 1) субъективно неприятное чувство отчужденности, отдаленности человека от мира, который его окружает, или от определенных его частей — назовем его переживанием отчужденности; 2) отчуждение человека от некоей своей истинной глубинной сущности, от своего реального «я», вследствие «озабоченности конформностью, желаниями других, давления социальных институтов и других «внешних» мотивов» [1] — назовем его, вслед за К. Хорни, отчуждением от реального «я». В «Неврозе и личностном росте» К. Хорни анализирует отчуждение человека от своего реального «я», от «самого живого, что есть в нас». Вслед за Фрейдом этот термин использует К. Хорни: в ранних работах она связывает отчуждение с принятием человеком невротически неадекватного представления о себе. В более поздних работах у неё возникает различие между «актуальным Я» (всем тем, чем человек является в настоящее время) и «реальным Я» (движущей силой, источником развития, жизненным центром).

«Отчуждение от актуального Я» она связывает с невниманием человека к собственным чувствам, мыслям или действиям, с субъективным переживанием отдалённости от самого себя, которое испытывает невротик, с ненавистью к самому себе или «безличным» отношением к себе, с утратой личного смысла.

«Отчуждение от реального Я» она связывает с утратой невротиком переживания себя как активной детерминирующей силы в собственной жизни, с утратой связи с внутренним источником психической энергии, мотивации, с активным уходом человека от осуществления заложенной в нём потенциальности (что я могу? перенос соц. норм и запретов на себя).

С. Мадди выделяет также черты «преморбидной личности», предрасположенной к экзистенциальному неврозу. По его мнению, это человек, не обладающий индивидуализированной идентичностью: его идентичность чрезмерно конкретна и фрагментарна, сводится к набору социальных ролей и биологических потребностей; с когнитивной точки зрения такой человек характеризуется прагматической и материалистической (потребительской) установками; в аффективном плане он чаще всего испытывает тревогу и страх; а стремление к поверхностным межличностным отношениям контрактного типа приводит его в конечном итоге к одиночеству и разочарованию. Преморбидный тип личности, согласно Мадди, широко распространён. Хотя такие люди не являются нездоровыми, они предрасположены к экзистенциальному недугу, который может возникнуть у них под действием таких стрессоров, как угроза близкой смерти, изменение общественного строя или конфронтация с другими людьми.

Впоследствии С. Мадди отказывается от понятия преморбидной личности и связывает отчуждение непосредственно с экзистенциальным недугом. Он выделяет четыре формы, в которых проявляется отчуждение.

1. **Вегетативность** - неспособность поверить в истину, важность или ценность любой реально осуществляемой или воображаемой деятельности. Вегетативность, по мнению С. Мадди, является наиболее тяжёлой формой экзистенциального недуга.

2. **Бессилие** - утрата человеком веры в свою способность влиять на жизненные ситуации, однако, при сохранении ощущения их важности, что позволяет считать бессилие менее серьёзной формой экзистенциального недуга, нежели вегетативность.

3. **Нигилизм** - убеждение в отсутствии смысла и активность, направленная на его утверждение путём занятия деструктивной позиции. Эта форма экзистенциального недуга включает в себя переживание некоторого смысла - пусть это и парадоксальный, антисмысл - и связана с активностью по его реализации, что позволяет считать нигилизм менее серьёзной формой экзистенциального недуга, чем вегетативность и бессилие.

4. **Авантюризм** (С. Мадди также употребляет термин «крусадёрство») - компульсивный поиск жизненности, вовлечённости в опасных, экстремальных видах деятельности, в силу переживания бессмысленности повседневной жизни. Эта форма экзистенциального недуга является наименее серьёзной, поскольку связана с активностью, поиском новых ощущений.

При анализе четырёх форм отчуждения, выделенных С. Мадди, обращает на себя внимание сходство описанной им симптоматики вегетативности с симптомами экзистенциального вакуума, описанными В. Франклом. В обоих случаях речь идёт об апатии и скуке, которые являются следствиями утраты переживания осмысленности. Авантюризм представляет собой вариант, при котором смысл обнаруживается и осуществляется человеком за пределами ситуаций, образующих его повседневную жизнь; таким образом, его жизнь в целом в значительной части остаётся бессмысленной. «Позитивным» понятием, соответствующим авантюризму, является поиск новых впечатлений: грань между этими понятиями нечёткая, однако авантюризм подчёркивает элемент эскапизма, ухода от бессмысленной жизни в бессодержательный риск, тогда как поиск новых впечатлений связан скорее с поиском и обнаружением бытийных ценностей в новых видах деятельности.

Отчуждение, по Фромму, это, во-первых, фрустрация человеком своей подлинной личности и утверждение взамен нее социального «я» (одно из описаний: забота «не о своей жизни, счастье, а о том, как бы это стать наиболее ходким товаром, как бы это пользоваться наибольшим спросом» [2]). Во-вторых, отчуждение — некое особое чувство человека капиталистического общества, появляющееся у него ощущение собственной ничтожности, бессилия, беспомощности и изолированности.

С точки зрения Э. Фромма, перенос не единственный феномен психопатологии, который можно рассматривать как выражение отчуждения. В широком смысле «любой невроз можно считать следствием отчуждения».

Характерной чертой невротика является то, что какая страсть в нем становится

доминирующей и обособляется от целостной личности. Невротик отчужден от самого себя потому, что превратился в раба одной своей части. Вместе с тем Э. Фромм считал, что при рассмотрении отчуждения в качестве патологического феномена не следует упускать и с этой точки зрения одно важное обстоятельство. Это обстоятельство связано с признанием отчуждения необходимым явлением, внутренне присущим развитию человека и имеющим непосредственное отношение к сферам разума и любви. Человек вынужден отчуждаться, чтобы преодолеть раскол в деятельности разума, а любовь предполагает отчуждение и в то же время способность преодолевать его.

Отметим также взгляды Э. Эриксона, который полагает, что человеческому эго приходится сталкиваться с определенным рождением отчуждением на каждой новой стадии своего развития. Чтобы благополучно выйти на следующую стадию, человек должен преодолеть это отчуждение в ходе возрастного кризиса.

Список литературы:

1. [Зиновьева Д.М.](#), Методологические возможности категории отчуждения в изучении психологии личности \ Проблемы социальной психологии личности. - 2008
2. Леонтьев Д.А., Осин Е.Н., ж. «Культурно-историческая психология», 2007, №4, с. 68-77.

УДК 159.9.07

ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

Е.М.Петроградова, С.М.Колкова

ФГАОУ ВПО «Сибирский федеральный университет»

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого»

г.Красноярск, Россия

На ход семейной терапии, как определяют многие ученые, влияют теоретические предпочтения, научный подход или школа, к которой принадлежит психолог. Весь процесс работы с семьей имеет ярко выраженную специфику, которая определяется предметом, целями и задачами этого процесса, а также тем, как психолог осознает свою профессиональную роль в индивидуальной логике жизни семьи.

В любой из школ семейной психотерапии, идентифицирующих себя с системным подходом, утверждается, что семья - это социальная система, закономерности функционирования которой лежат в основе ее нормы и патологии, и, соответственно, нормы или патологии людей, входящих в эту семейную систему.

Однако, если в классическом системном подходе выделяются прежде всего информационно-коммуникативные особенности функционирования семьи, то теория семейных систем Мюррея Боуэна сосредотачивается на ее эмоциональном функционировании.

Боуэн вводит понятие эмоциональной системы, которую толкует как сложный чувственно-поведенческий комплекс, свойственный почти всему животному миру, по крайней мере, начиная с эволюционного уровня рептилий и птиц.

В широком смысле слова, термин эмоция может относиться ко всем процессам, которые автоматически управляют поведением живого существа в его окружении. Эмоциональная регуляция поведения включает в себя генетические факторы, механизмы приспособления к среде, закрепленные в индивидуальном опыте и функциональное состояние живого существа, свойственное ему в каждый данный момент.

Основоположники системного подхода (М. Боуэн, С. Минухин, В. Сатир, К. Витакер и др.) рассматривают семью не просто как объединение индивидуальностей, связанных узами родства, а как целостную систему, где никто не страдает в одиночку: семейные конфликты и кризисы оказывают деструктивное влияние на всех. Поскольку семья – это система, то не так важно, какой из ее элементов изменяется. На практике изменения в поведении любого из членов семьи влияют на нее и другие входящие в нее подсистемы (других членов семьи) и одновременно испытывают воздействие с их стороны.

В теории семейных систем Мюррея Боуэна выделяются два параметра - уровень тревоги и дифференциация "Я".

Тревога - базовая характеристика эмоциональной системы. Индивиды, пребывающие в высоко тревожной системе, развивают множество поведенческих паттернов, направленных на снижение тревоги. Среди них наиболее распространены четыре: дистанцирование, супружеский конфликт, проекция проблем на ребенка, симптоматическое поведение одного из супругов. Несмотря на кажущееся различие в стилях проявления каждого из них, цель у всех этих процессов общая - снижение тревоги. Уровень тревоги - своего рода наследственная характеристика системы, получаемая ядерной семьей от своих родительских семей.

Дифференциация - следующая характеристика в теории семейной системы, так же как и индивидуального функционирования. В последнем случае М.Боуэн употреблял термин "Дифференциация"Я". Это базовое понятие описывает уровень функционирования, степень успешности и социальной адаптации семьи и человека. Чем более слиты эмоции и интеллект, тем ниже уровень дифференциации, и уровень функционирования. Боуэн утверждает, что "чем выше дифференциация, тем лучше функционируют люди. Они более гибки, адаптивны к стрессам и более свободны от всех видов проблем. По степени дифференциации Я люди образуют континуум".

В теорию Мюррея Боуэна входит восемь концепций:

1. Дифференциация Я. Как уже говорилось выше, здесь дается описание эмоциональной и интеллектуальной системы человека, разрабатывается понятие дифференциации и составляется шкала дифференциации. Кроме того, здесь вводятся еще два чрезвычайно важных понятия: "псевдо Я" (или ложного Я, легко изменяемого, подверженного влияниям извне, конформного, не имеющего убеждений и принципов, содержание которого определяется либо стремлением соответствовать ожиданиям других, либо бессмысленным бунтом) и твердого, истинного Я (мало подверженного внешним влияниям, определяемого ценностями и внутренней этикой).

2. Триангуляция. Имеется в виду эмоциональный процесс между двумя людьми или группами, который в ситуации повышенной тревоги имеет тенденцию вовлекать в отношения третьего. Цель, остающаяся неосознаваемой, - снижение тревоги в социальной системе (семье или организации) В схематичном виде процесс выглядит так: жена, поссорившись с мужем, эмоционально объединяется со своей матерью, жалуется ей на мужа, получая от нее эмоциональную поддержку. Затем в какой-то момент ссорится с матерью, мирится с мужем, начинает дружить с ним "против" матери. Другим примером может служить появление симптоматического поведения у ребенка при возрастании напряжения в родительской диаде.

3. Эмоциональные процессы ядерной семьи. Концепция описывает паттерны эмоционального взаимодействия в семье на уровне одного поколения. Человеческая семья может быть рассмотрена как эмоциональное целое, или целостная эмоциональная система. Человек, погруженный в это поле, живет по его законам, реагируя на тонкие изменения в балансе отношений. Эта эмоциональная реакция обычно совершается автоматически. Например, в ответ на отвержение автоматически следует реакция увеличения дистанции - от перехода на формальное общение вплоть до физического ухода. Эмоциональная реактивность является медиатором в отношениях. Степень и способ эмоционального реагирования супругов определяются уровнем дифференциации Я. Стрессовые ситуации могут вызывать появление симптомов в трех областях, а именно: 1) супружеский конфликт, 2) дисфункция у супруга, 3) проекция тревоги на одного или более детей. Какая-либо одна из этих трех областей или их сочетание должны "вместить" определенное количество недифференцированности, свойственной супругам.

4. Проективные процессы в семье. Рассматриваются механизмы "триангулирования", посредством которых родительская недифференцированность наносит вред и приводит к ухудшению состояния одного или более детей. "Триангулированный" ребенок - тот, на ком проективный процесс сфокусирован в наибольшей степени. Обычно такие дети бывают чрезмерно включены в родительские взаимоотношения, в ущерб решению стоящей перед ними важной задачи - построения собственной идентичности. В результате, они плохо адаптируются к жизни и в итоге имеют более низкий, по сравнению с сиблингами, уровень дифференциации Я.

5. Наследование внутрисемейных паттернов отношений. Одна из важнейших концепций в теоретической системе Боуэна, описывающая проективные процессы, в результате которых различные уровни недифференцированности передаются не только от родителей к детям, но повторяясь в семье из поколения в поколение. Определенные базисные способы отношений между матерью, отцом и ребенком воспроизводят история отношений прошлых поколений и будут воспроизведены в последующих. Таким образом, все мы выносим из родительских семей определенный "багаж". Множество симптоматических паттернов, таких как алкоголизм, инцест, физические симптомы, насилие и суициды, повторяются из поколения в поколение. Зная о передаче определенных паттернов в предшествующей истории семьи, можно предугадать воспроизводство тех же самых процессов в жизни и отношениях будущих поколений. В свою очередь, учитывая детали жизни текущего поколения и тщательно изучая историю семьи, можно с большой точностью восстановить способы функционирования прошлых поколений. Узнавание и исследование таких паттернов дает возможность семье понять, какие способы адаптации она использует, и тем самым избежать повторения пагубных моделей в настоящем и их перехода в будущее, освоив другие, плодотворные способы совладания с ситуацией.

6. Эмоциональный разрыв. Концепция эмоционального разрыва создает представление о паттернах, определяющих, как люди обращаются со своими привязанностями. Боуэн анализирует разные случаи эмоциональных разрывов в семьях и социальных группах.

Наиболее часто причиной эмоционального разрыва становится невозможность соответствовать ожиданиям другого. Так случается с детьми, которые, имея идеализированные представления о своих родителях, испытывают чувство вины, что не оказались "достойными" сыном/дочерью. При встрече с ними, он/она изо всех сил стремится соответствовать тому фантазийному образу, который, якобы, соответствует их представлениям и более всего успокоит и поддержит их, и тогда, может, он и сам начнет чувствовать себя спокойнее. Но стремление быть тем, кем на самом деле не являешься, которому человек следует, чтобы избежать разочарований и напряжения во

взаимоотношениях, все-таки не спасает эти отношения и неизбежно приводит к печальному финалу.

7. **Позиция сиблингов.** Данный концепт описывает корреляцию между базисными характеристиками личности и сиблинговой позицией, то есть порядком рождения детей в семье. Эмоциональная система любой семьи порождает конкретные функции, которые выполняются конкретными людьми. Когда один член семьи берет на себя те или иные функции, другие уже не будут их выполнять. Появляясь на свет в определенной сиблинговой позиции, ребенок невольно принимает на себя и те функции, которые связаны с данной позицией. В определенной мере личность индивида формируется самой функциональной позицией, которую он занимает в семье. Характер и тип его функционирования формирует развитие его личности, в то же время личность - по мере своего развития - оказывает обратное влияние на смысл и содержание его функционирования. Например, отнюдь не все старшие братья (своих сестер и братьев) похожи друг на друга по своим личностным качествам. По настоящему зрелый старший брат легко принимает на себя функции лидера и ответственность и вместе с тем не пытается контролировать дела других детей, подавлять их, позволяя им в чем-то брать ответственность на себя. В отличие от этого, незрелый старший брат может оказаться догматичным и властным лидером, не способным уважать права других. В подобных случаях рядом с ним может оказаться младший брат, который в реальности становится "функциональным" старшим братом. Этот "функциональный" старший ребенок имеет больше характеристик именно старшего, сравнительно с тем, кто является старшим по времени рождения. Степень, в которой профиль личности соответствует "нормальному", выявляет уровень дифференциации данной семьи и, кроме того, позволяет предсказать, какая степень слияния будет у будущих супругов в браке и какие эмоциональные процессы в их ядерных семьях будут преобладать.

8. **Социальная регрессия.** Согласно этой концепции, эмоциональные проблемы в обществе подобны эмоциональным проблемам в семье. В обществе, так же как и в семье, могут возникать периоды повышенной тревоги. И существуют те же механизмы снижения тревоги, что и в семье, например, с помощью слияния, объединения, конформизма и затем - тоталитаризма. Чем дольше и сильнее присутствует тревога в обществе, тем явственнее наблюдается социальный регресс - аналог низкого уровня дифференциации в семье. Популизм во внутренней политике, агрессивность во внешней, варварское отношение к экологии, рост числа экстремистских группировок - все это признаки социального регресса.

Определяя здоровую, функционирующую семью, Боуэн выделил 11 признаков:

1. Оптимальный уровень дифференциации (автономности) членов семьи.
2. Низкий уровень тревоги.
3. Четкие границы между поколениями при наличии хорошего эмоционального контакта и связи между поколениями.
4. Эмоциональные проблемы не локализируются в ком-то из членов семьи, а отмечается вклад каждого в гармоничные семейные отношения.
5. Члены семьи минимально симбиотичны и минимально дистанцированы при решении проблем.
6. Каждая диада может справляться без привлечения третьего.
7. Каждый может общаться с другими на эмоциональном и на интеллектуальном уровне.
8. Сохранение хорошего эмоционального климата важнее, чем следование общепринятым стандартам (что такое «хорошо», что такое «плохо»).
9. У каждого члена семьи есть ощущение, что ему нравится жить в этой семье.

10. Члены семьи используют друг друга как источник обратной связи и опыта, но не как средство эмоциональной разрядки.
11. Каждый четко знает свои и чужие обязанности [1].

Список литературы:

1. Бейкер К, Варга А.Я. Теория семейных систем Мюррея Боуэна: основные понятия, методы и клиническая практика\ М: Когито-Центр - 2015 г. - 496 с.
2. Лукьянченко Н.В., Аликин И.А. Системная семейная психотерапия М. Боуэна: Учебно-методическое пособие. - Красноярск: РИО СиБУП, 2005. - 95 с.

УДК 159.92

РОЛЬ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ЛИЧНОСТНЫХ ЧЕРТ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

С.А.Петунова

К.В.Ефимова

ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет имени И. Н. Ульянова»

г. Чебоксары, Россия

Родительское воспитание - это важнейшая задача любой семьи. От того какой стиль семейного воспитания будет преобладать в семье, зависит развитие личностных черт ребенка в целом (Жантемирова, 2015).

Стиль семейного воспитания - это способ отношений родителей к ребёнку, применение ими определенных приемов и методов воздействия на ребенка, выражающиеся в своеобразной манере словесного обращения и взаимодействия с ребёнком. Не благополучные отношения в семье приводят к негативным последствиям в развитии личностных качеств ребенка, его характера и поведения (Жантемирова, 2015).

Под стилем семейного воспитания понимают многомерное образование, включающее когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты, опираясь на определение А.Я. Варги, которая описывает родительское отношение как целостную систему разнообразных чувств по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ребенком, особенностей восприятия и понимания характера ребенка, его поступков (Варга, 2001).

Функцией семьи является воспитание подрастающего поколения. Семья рассматривается как институт первичной социализации ребенка. Родительское воспитание характеризуется системой особых правил, включающих совокупность правила, нормы, культуру поведения, уход за детьми. Дружинин В.Н. Психология семьи. М., 2006. с. 32.

Родители несут полную ответственность за организацию системы условий, в которых живет и развивается ребенок. Эти условия должны соответствовать его возрастным особенностям на каждой из ступеней онтогенеза, а так же обеспечивающие оптимальные возможности его личностного и умственного развития.

Главными задачами семьи являются формирование первой социальной потребности ребенка - потребности в социальном контакте, базового доверия к миру (Э. Эриксон) и привязанности (Дж. Боулби, М. Эйнсворт) в младенчестве: формирование предметно-орудийной компетентности в раннем возрасте и социальной компетентности в дошкольном, сотрудничество и поддержка в освоении системы научных понятий и осуществлении самостоятельной учебной деятельности в младшем школьном возрасте; создание условий для развития автономии и самосознания в подростковом и юношеском возрасте (Варга, 2001).

Детско-родительские отношения играют огромную роль в формировании личности, психического и физического здоровья. Жестокое отношение и применение насилия в семье может привести к необратимым последствиям. Дети-жертвы родительского насилия часто страдают отклонениями в физическом и психическом развитии, расстройством эмоциональной сферы. Это не только наносит непоправимый вред здоровью ребенка, травмирует его психику, тормозит развитие его личности, но и влечет за собой другие тяжелые социальные последствия, формирует социально дезадаптивных, инфантильных людей, не умеющих трудиться, не способных создать здоровую семью, быть хорошими родителями, формирует различные психические отклонения и появляются склонности к аддиктивному поведению (Кипрюшина, 2015).

В каждой семье складываются свои стили воспитания. Выделяют 4 типа воспитания:

- авторитарный;
- либерально - попустительский стиль семейного воспитания (гипоопека);
- гиперопека;
- индифферентный (Дружинин, 2006).

Цель исследования - изучить взаимосвязь особенностей семейного воспитания и личностных качеств детей младшего школьного возраста.

В исследовании приняло участие 22 ребенка, учащиеся 4-го класса «СОШ №9» г. Чебоксары, среди них 12 девочек и 10 мальчиков, возраста 10-11 лет и 22 родителя данной группы детей. Всего опрошенных 44 человека.

Для исследования стилей семейного воспитания был использован тест-опросник родительского отношения (ОРО), авторы А.Я.Варга, В.В.Столин. Для исследования черт личности детей младшего школьного возраста - методика «Детский 12-факторный [личностный опросник Кеттелла](#) 12 PF».

Результаты исследования по методике ОРО показали, что по шкале «принятие-отвержение» высокий показатель у 18,1% родителей, где низкий составил 54,5%, это говорит о том, что только 18,1% родителей испытывает положительное отношение к ребенку. Взрослый в данном случае принимает ребенка таким, какой он есть, уважает и признает его индивидуальность, симпатизирует ему, одобряет его интересы, поддерживает планы, проводит с ним достаточно много времени и не жалеет об этом. И 54,5% с низким показателем в большинстве испытывают более негативные чувства, такие как злость, раздражение, досаду на ребенка.

Значение по шкале «кооперация» говорит о том, проявляет ли взрослый интерес по отношению к своему ребенку. Высокий показатель составил 36,3%, то есть этот процент родителей интересуется жизнью своих детей и всячески им помогает. Низкий показатель, где значение составило 22,7% говорит об обратном. И 40,9% родителей имеют средний показатель, что означает промежуточное значение между этими двумя характеристиками.

72,7% родителей, имея высокий показатель по шкале «симбиоз», стремятся к симбиотическим отношениям с ребенком, не устанавливают психологическую дистанцию между собой и ребенком, старается всегда быть ближе к нему, удовлетворять его основные разумные потребности, оградить от неприятностей. Родитель постоянно ощущает тревогу за ребенка, он ему кажется маленьким, беззащитным. И 27,2% родителей, имея низкий показатель, напротив, устанавливают значительную психологическую дистанцию между собой и ребенком, мало заботится о нем.

По шкале «авторитарная гиперсоциализация» 72,7% родителей имеет высокий показатель, это говорит о том, что взрослый человек ведет себя слишком авторитарно по отношению к ребенку, требуя от него безоговорочного послушания и задавая ему строгие дисциплинарные рамки. Он старается навязать ребенку во всем свою волю, не в состоянии встать на его точку зрения. За проявления своеволия ребенка сурово наказывают.

Родитель пристально следит за достижениями ребенка, его индивидуальными особенностями, привычками, мыслями, чувствами. 4,5% родителей, имея низкий показатель по данной шкале не контролируют своих детей. Это может быть не очень хорошо для обучения и воспитания детей. 22,7% родителей, имея средний показатель, может быть хорошим педагогом, не допускает распушенность в поведении детей, умеренно контролирует, не ущемляя свободу действия своего ребенка.

По шкале «отношение к неудачам ребенка» 72,7% взрослых считают, что их ребенок не в состоянии принимать какие либо решения, так как считают его неспособным, несамостоятельным и маленьким. 27,2% родителей напротив, считают неудачи ребенка случайными и верят в него. Такой взрослый, скорее всего, станет неплохим учителем и воспитателем.

Как показывают результаты, оцениваемые по тесту-опроснику ОРО, наиболее выраженными шкалами здесь являются шкала «симбиоз», «авторитарная гиперсоциализация» и «отношение к неудачам ребенка».

По результатам оценки методики детского 12-факторного [личностного опросника Кеттелла](#) мы видим две наиболее выраженные шкалы, такие как «вербальный интеллект», где результат составил 68,1% и «чувствительность», значение которого 81,1%.

Шкала «чувствительность», где значение составило 81,1% отражает эмоциональную сензитивность ребенка, нежность и зависимость от других людей, говорит о богатом воображении и эстетических наклонностях.

По шкале «вербальный интеллект», значение которого 68,1% отражают хороший уровень развития вербального интеллекта, таких его функций, как обобщение, выделение частного из общего, овладение логическими и математическими операциями, легкость усвоения новых знаний.

Менее выраженные шкалы «общительность», «социальная смелость» и «тревожность» имеют показатель 59%, где показатель значения выше среднего. В данном случае «общительность» у данной группы детей говорит о коммуникабельности и в легкости установления контактов между сверстниками и взрослыми.

«Социальная смелость» показывает отношение ребенка с обществом, его взаимодействие с окружающими его людьми. Для него характерны такие черты как нечувствительного к угрозам, смелость, решительность, тяга к риску и острым ощущениям. Он не теряет при столкновении с нестандартными ситуациями и быстро забывает о неудачах, не делая необходимых выводов.

Выраженный показатель по шкале «тревожность» может быть показателем тревоги или депрессии. Ребенок, имеющий высокую оценку по данному фактору, полон предчувствия неудач, легко выводится из душевного равновесия, часто имеет пониженное настроение.

По общим результатам, проведенным по тесту-опроснику родительского отношения и теста Кеттелла, использованного среди младших школьников можно проследить взаимосвязь между такими типами семейного воспитания как «симбиоз», «авторитарная гиперсоциализация», «отношение к неудачам ребенка» и выраженной чертой личности такой как «тревожность».

Между этими тремя шкалами, выражающее родительское отношение, есть общие черты, такие как: неприятие ребенка как отдельную личность, постоянный контроль, порицание за ошибки, не вера в него и его способности, что может сформировать у ребенка такую черту личности, как тревожность.

С целью выявления скрытых взаимосвязей между различными показателями, зависимостей между методиками, данные были подвергнуты корреляционному анализу. Для всех возможных пар данных подсчитывался коэффициент корреляции Пирсона. Результаты корреляционного показали наличие статистически значимой положительной

корреляционной связи между «кооперацией» и «социальной смелостью» ($p=0,01$; $r=0,48$), «отношении к неудачам» и «склонности к риску» ($p=0,01$; $r=0,44$), «общительностью» и «социальной смелостью» ($p=0,01$; $r=0,68$), «вербальным интеллектом» и «уверенностью в себе» ($p=0,01$; $r=0,50$), а также отрицательной корреляционной связи с «общительностью» и «тревожностью» ($p=-0,46$; $r=0,01$), «уверенностью в себе» и «тревожностью» ($p=-0,48$; $r=0,01$).

Исходя из анализа данных мы видим связь между типом семейного отношения «кооперация» и чертой личности «социальная смелость» у детей, что проявляется в положительной корреляции, ($r=0,48$, при $p=0,01$).

Те родители, которые стараются всегда поддерживать своего ребенка, проявляют здоровый интерес к нему, высоко оценивают его способности поощряют самостоятельность и инициативу, стараются быть на равных с ребенком, формируют у него такие качества как социальная смелость, которая говорит о непринужденном и смелом общении как со сверстниками, так и со взрослыми.

Родительское «отношение к неудачам ребенка» говорит о том, что взрослый не признает ребенка как отдельную личность, все время опекая его и игнорируя его интересы и увлечения, считая, что он не может выбрать что-то стоящее. Тем самым он формирует у ребенка протест. Ребенок подсознательно хочет выйти из под опеки взрослого, и получить свободу в выборе и действиях. Движения направлены у него на активность, отсутствует страх в ситуации повышенного риска. Дети переоценивать свои возможности. Тем самым ребенок получает в будущем удовольствие от такого рода действий, получая свободу, которую не давали ему родители. Зависимость влияния данного родительского отношения на формирование черты личности как «склонность к риску» отражается в положительной корреляции, где $r=0,44$; при $p=0,01$.

Тем не менее, можно выделить положительную и отрицательную корреляцию и между личностными чертами характера детей младшего школьного возраста, такими как «общительность» и «социальная смелость», где $r=0,68$; при $p=0,01$. Чем выше общительность, тем выше социальная смелость.

При отрицательных корреляциях между «общительностью» и «тревожностью», где $r=-0,69$; при $p=0,01$. Говорит о том, что чем больше развита общительность у ребенка, тем меньше у него тревожность.

Общительность предполагает легкое отношение со сверстниками и взрослыми, открытость, большое количество знакомых и друзей, то есть расположение к себе людей, тем самым, нет закрытости, нет неуверенности в себе, а значит и менее выражена тревожность.

При положительной корреляции между «уверенностью в себе» и «вербальным интеллектом», где $r=0,50$; при $p=0,01$ есть связь между интеллектом и уверенностью в себе. То есть, чем выше знания и возможность оперировать ими, тем выше уверенность в себе.

При отрицательной корреляции между «уверенность в себе» и «тревожностью», где $r=-0,48$, при $p=0,01$, можно сказать о том, что, чем больше уверенности в себе испытывает ребенок, тем меньше он будет чувствовать страх перед неудачей, будет более открытым, успешным, подготовка будет лучше, что тем самым снижает тревожность.

Таким образом, подводя итоги проведенного исследования можно сделать вывод, что стиль семейного воспитания - это способ отношений родителей к ребёнку, применение ими определенных приемов и методов воздействия на ребенка, выражающиеся в своеобразной манере словесного обращения и взаимодействия с ребёнком (Жантемирова, 2015).

Отношения в семье и преобладание какого-либо типа семейного воспитания влияет на формирование черт личности ребенка и в целом на его психическое благополучие.

Родители, прежде всего, закладывают в своих детей именно ту базу, которую имеют сами. Отражение и отношение восприятия жизни они проецируют на своих детей. То отношение, которое они дают своим детям, формирует в них отдельные черты личности, которые в будущем скажутся на их собственном восприятии мира, отношении к жизни, формировании характера, достижении своих целей, развитии физического, психического и эмоционального здоровья.

Список литературы:

1. Варга А.Я., Дробкина Т.С. Системная семейная психотерапия. Краткий лекционный курс. СПб.: Речь, 2001. - 144 с.
2. Дружинин В.Н. Психология семьи. М., 2006. с. 32.
3. Жантемирова М.Б., Мурзина С.А. Стили семейного воспитания детей и их влияние на них. [Электронный ресурс]. URL: http://www.rusnauka.com/22_PNR_2012/Psihologia/8_115338.doc.htm [дата обращения 11.06.2015].
4. Кипрюшина А.А., Бобкова М.Г. Особенности детско-родительских отношений в дисфункциональных семьях и их влияние на формирование эмоционального состояния личности подростка (на примере девиантных подростков). [Электронный ресурс]. URL: <http://www.scienceforum.ru/2015/1190/16047> [дата обращения 11.06.2015].

УДК 371.7

ВОСПИТАНИЕ ЗДОРОВОГО РЕБЁНКА

Т.Г.Пичугина
МБДОУ «Детский сад №54 «Золушка»
г. Лесосибирск, Россия

«Семья для ребенка – это источник общественного опыта. Здесь он находит примеры для подражания и здесь происходит его социальное рождение. И если мы хотим вырастить нравственно здоровое поколение, то должны решать эту проблему «всем миром»: детский сад, семья, общественность».

В.А.Сухомлинский

Воспитание здорового ребенка – одна из главнейших задач семьи и дошкольного учреждения. Хорошо, когда здоровый образ жизни является традицией семьи. Но зачастую родители, занятые работой с одной стороны, не могут дать ребенку личный положительный пример здорового образа жизни, а с другой не противостоят отрицательным внешним влияниям. В этой ситуации возрастает роль дошкольного образовательного учреждения как ведущего звена в организации образовательной работы с детьми. Перед педагогами стоит задача создания условий для обеспечения воспитания счастливых, физически, психически, психологически здоровых детей.

Поступая в детский сад, многие дети имеют отклонения в физическом развитии: нарушение осанки, излишний вес, задержки в развитии быстроты, ловкости, координации движений. И одной из причин таких результатов является неосведомленность родителей в вопросах физического воспитания детей. Проблема оздоровления детей – целенаправленная, систематически спланированная педагогическая работа дошкольного образовательного учреждения и семьи.

У ребенка с первой минуты после рождения необходимо целенаправленно и систематически развивать все системы и функции организма, умение управлять своим телом, укреплять здоровье, обучать двигательным навыкам, активизировать умственные способности, предупреждать вредные привычки. Эти задачи могут решаться только при наличии системы физкультурно-оздоровительной работы и обязательно совместно с семьей.

Чтобы быть здоровым, нужно овладеть искусством его сохранения и укрепления. Этому искусству и должно уделяться как можно больше внимания, как в дошкольном образовательном учреждении, так и в семье. Только в дошкольном возрасте самое благоприятное время для выработки правильных привычек, которые в сочетании с обучением дошкольников методам укрепления и сохранения здоровья приведут к положительным результатам.

В силу сложившихся экономических причин, занятостью на работе, современные родители большую часть времени уделяют вопросам материального обеспечения семьи, поэтому организация семейного досуга становится делом образовательного учреждения, чтобы заинтересовать родителей проблемой формирования культуры здоровья в сознании подрастающего поколения.

Дошкольные образовательные учреждения является единственным общественным институтом, с которым ежедневно вступают в контакт родители и где начинается их систематическое просвещение. Поэтому образовательные учреждения имеют возможность оказывать непосредственное влияние на семьи воспитанников.

Сотрудничество нашего дошкольного образовательного учреждения и семьи предполагает совместные определения целей деятельности, планирование предстоящей работы, распределение сил и средств в соответствии с возможностями каждого участника, совместный контроль и оценку результатов работы, а затем и прогнозирование новых целей, задач и результатов.

Выстраивание взаимодействия детского сада и семьи на основе сотрудничества – процесс достаточно сложный.

Организуя сотрудничество с семьей по воспитанию здорового ребенка, и глубоко понимая тесную взаимосвязь данной работы с содержанием всей физкультурно-оздоровительной программы детского сада, мы особое внимание уделяем поиску новых форм и подходов к физическому развитию детей, базирующихся на многофакторном анализе внешних воздействий, мониторинге состояния здоровья каждого ребенка, учете и использовании особенностей его организма.

Совместная работа с семьей строится на следующих основных положениях, определяющих ее содержание, организацию и методику:

1. Единство, которое достигается в том случае, если цели и задачи воспитания здорового ребенка хорошо понятны не только воспитателю, но и родителям, когда семья знакома с основным содержанием, методами и приемами физкультурно-оздоровительной работой в детском саду, а педагоги используют лучший опыт семейного воспитания.

2. Систематичность и последовательность работы (в соответствии с контрольным планом) в течение всего года и всего периода пребывания ребенка в детском саду.

3. Индивидуальный подход к каждому ребенку и к каждой семье на основе учета способностей ребёнка и интересов семьи.

4. Взаимное доверие и взаимопомощь педагогов и родителей на основе доброжелательной критики и самокритики. Укрепление авторитета педагога в семье, а родителей в детском саду.

В соответствии с перечисленными положениями работа с семьей включает:

1. Целенаправленную санитарно-просветительную работу, пропагандирующую общегигиенические правила, необходимость рационального режима и полноценного сбалансированного питания, закаливания, оптимального воздушного и температурного режима;

2. Ознакомление родителей с содержанием физкультурно – оздоровительной работы в дошкольном учреждении, направленной на физическое, психическое и социальное развитие ребёнка;

3. Участие родителей в составлении индивидуальных программ (планов) оздоровления детей;

4. Обучение родителей конкретным приемам и методам оздоровления (ЛФК, дыхательной гимнастике, самомассажу, разнообразным видам закаливания и т. д.);

5. Ознакомление родителей с лечебно-профилактическими мероприятиями, проводимыми в дошкольном учреждении, обучение отдельным нетрадиционным методам оздоровления детского организма.

В этих целях хорошо используется:

1. Родительские собрания, которые являются одной из эффективных форм взаимодействия с семьей. На них обсуждают задачи по оздоровлению детей на новый учебный год, результаты образовательной работы, вопросы физического воспитания и проблемы летнего оздоровительного периода и др. На собрание могут пригласить врача, медсестру, психолога, специалистов по плаванию, по физическому развитию. Предусматриваются выступления родителей.

2. Совместные физкультурные досуги, праздники, Дни здоровья, туристические походы, которые позволяют приобщить к здоровому образу жизни не только воспитанников детского сада, но и их родителей. Физкультурные праздники способствуют совершенствованию двигательных умений детей, формированию интереса и потребности в занятиях физическими упражнениями. Дни здоровья содействуют оздоровлению детей и взрослых, предупреждают утомление. Туристические походы – одна из наиболее активных форм совместного отдыха. Это – общение с природой, смена обстановки, психологическая разгрузка и физическая активность. Походы сближают родителей, детей и педагогов дошкольного учреждения, дают прекрасную возможность создания атмосферы взаимопонимания и сотрудничества.

3. Дни открытых дверей, дающие возможность познакомить родителей с дошкольным учреждением, его традициями, правилами, особенностями воспитательно-образовательной работы, заинтересовать ею и привлечь к участию. Проводится как экскурсия по дошкольному учреждению с посещением группы, где воспитываются дети пришедших родителей. Можно показать утреннюю гимнастику, физкультурное занятие, наблюдать за организацией питания, сна, закаливающих процедур и других режимных моментов в ДОУ.

4. Домашние задания на выходные дни. Они позволяют повысить двигательную активность детей, подтянуть отстающего в движении ребенка, дать родителям конкретные советы по общению с детьми.

5. Передача опыта семейного воспитания осуществляется через разнообразные интервью, выставки, конференции, на которых родители обмениваются опытом между собой, на выставках узнают о досугах своих воспитанников. Совместный просмотр видеофильмов, фильмов - заставляет обсуждать проблемы, искать пути к здоровью ребенка.

6. Традиционные папки-передвижки, обсуждение отдельных книг или публикаций в ходе консультаций, заседаний дискуссионного клуба, информация на групповом стенде, выставки новой литературы с краткой аннотацией. Задача педагогов – пробудить у родителей интерес к педагогической литературе и помочь выбрать в потоке современных изданий надежные в теоретическом отношении источники.

7. Выпуск газеты, где освещаются актуальные вопросы оздоровления ребенка, рекомендации для родителей.

Методы сотрудничества с семьей:

1. Беседа с родителями, которая является наиболее эффективной формой доведения до сведения родителей информации о жизни ребенка в группе. Беседы проводятся как индивидуальные, так и групповые, где четко определяется цель: что необходимо выяснить, в чем хотим помочь. Содержание беседы лаконичное, значимое для родителей, преподносится таким образом, чтобы побудить собеседников к сотрудничеству.

Регулярно сообщая родителям даже о незначительных достижениях ребенка, обращая внимание на его достоинства, воспитатель способствует созданию позитивного взгляда родителей на своего ребенка, приучает следить за успехами ребенка, правильно реагировать на них.

2. Консультации для родителей, проводящиеся индивидуально или для подгруппы родителей. Целями консультации являются усвоение родителями определенных знаний, умений; помощь им в разрешении проблемных вопросов. Формы проведения консультаций различны (квалифицированное сообщение специалиста с последующим обсуждением; обсуждение статьи, заранее прочитанной всеми приглашенными на консультацию; практическое занятие).

3. Наблюдения за ребенком позволяет многое узнать об особенностях семейного воспитания, микроклимата, общения. Наблюдение следует проводить несколько раз в аналогичных ситуациях, чтобы избежать случайных выводов.

4. Анкетирование помогает выявить наиболее приемлемые и эффективные формы работы с родителями, помогает оценить работу коллектива, выявить те вопросы воспитания и развития детей, которые у родителей вызывают затруднения.

5. Посещение семьи ребёнка - это удобный случай ответить социальным ожиданиям родителей, прежде всего – относительно положительного отношения к их ребенку. Посещение семьи много дает для ее изучения, установления контакта с ребенком, его родителями, выяснения условий воспитания, если не превращается в формальное мероприятие. Воспитателю необходимо заранее согласовать с родителями удобное для них время посещения, а также определить цель своего визита. Прийти домой к ребёнку – это прийти в гости. Значит, надо быть приветливым, в хорошем настроении, доброжелательным. Следует забыть о жалобах, замечаниях, не допускать критики в адрес родителей, их семейного хозяйства, уклада жизни, советы (единичные!) давать тактично, ненавязчиво. Переступив порог дома, педагог улавливает атмосферу семьи: как и кто из членов семьи встречает, поддерживает разговор, насколько непосредственно обсуждаются поднятые вопросы. Поведение и настроение ребенка (радостный, раскованный, притихший, смущенный, приветливый) также помогут понять психологический климат семьи.

Итак, в основе взаимодействия дошкольного учреждения и семьи лежит сотрудничество. Педагоги ДОУ выступают инициаторами установления этого сотрудничества, поскольку они профессионально подготовлены к образовательной работе, а стало быть, понимают, что ее успешность зависит от согласованности, преемственности в воспитании детей. Воспитатели сознают, что сотрудничество требуется в интересах ребенка и что в этом необходимо убедить и родителей. Инициатива в установлении

взаимодействия с семьей и квалифицированная реализация задач этого взаимодействия определяют направляющую роль дошкольного учреждения по отношению к семейному воспитанию.

Следует убедить родителей, что необходимо найти возможность для занятий физической культурой, повышение двигательной активности, создать все необходимые условия для того, чтобы дети росли физически здоровыми, крепкими. Вовлечение семьи в спортивные мероприятия имеет большое значение: в такой семье вырастит здоровый, любящий спорт человек.

Важно, чтобы родители непосредственно участвовали в жизни детского сада, помогали в осуществлении воспитательно-образовательного процесса.

Вовлечение родителей в жизнь детского сада принесет пользу и дошкольному учреждению и родителям. Важно, чтобы родителям представилась возможность посещать своего ребенка в любое время, чтобы они могли увидеть, как их дети живут в детском саду.

Успех сотрудничества семьи и дошкольного учреждения во многом зависит от того, насколько педагог знает родителей, их отношение к детям, нужды, стремления.

А.С.Макаренко в свое время сказал, что пока педагоги обвиняют в плохом воспитании родителей, а родители видят причины неуспеха детей в педагогах, результативного воспитания не будет. Лучший способ для воспитателя – найти общий язык с родителями воспитанников: проявить интерес к здоровью и развитию конкретного ребенка. Очень важно убедить родителей в том, какое значение имеют единые подходы к распорядку дня в семье и детском саду, как полезнее провести выходные дни, правильное питание в семье, какой вред наносит ребенку перегрев.

Особого внимания заслуживает проблема закаливания. Необходимо убеждать родителей воспитанников в том, что ослабленному и болезненному ребенку закаливание необходимо больше, чем здоровому. Ведь в процессе закаливания в организме ребенка происходят сложные изменения. Клетки покровов тела и слизистых оболочек, нервные окончания и связанные с ними нервные центры начинают быстрее и целесообразнее реагировать на изменения окружающей среды. Все физиологические процессы в тканях и органах, в том числе расширение и сокращение кровеносных сосудов, протекают экономичнее, быстрее и совершеннее. Кроме того, окрепшие под влиянием закаливания кожа и слизистые оболочки становятся менее чувствительными и менее проницаемыми для ряда болезнетворных микроорганизмов, а способность организма к борьбе с уже проникшими в него возбудителями возрастает.

В результате закаливания ребенок становится менее восприимчивым не только к резким изменениям температуры и простудным заболеваниям, но и к инфекционным болезням. Закаленные дети обладают хорошим и здоровьем, и аппетитом, спокойны, уравновешенны, отличаются бодростью, жизнерадостностью, высокой работоспособностью. Этих результатов можно добиться лишь при правильном выполнении закаливающих процедур.

Таким образом, проводимая работа по оздоровлению детей дает положительные результаты в развитии ребенка, благоприятно влияет на его эмоциональную сферу, повышает иммунитет ребенка, развиваются все психические процессы, а также ребенок становится физически более развитым. Пропагандирование здорового образа жизни среди взрослых и детей приносит хорошие плоды. Единство семьи и ДОО оказывает большое влияние на эмоциональное благополучие и всестороннее развитие каждого ребенка. Педагоги и родители понимают, что процесс оздоровления детей – это целый комплекс мероприятий, связанных между собой и дополняющих друг друга, которые обязательно повторяются изо дня в день. Только так оздоровление детей будет эффективным. Но еще раз отметим, что родители с воспитателями должны быть заодно.

Список литературы:

1. Вильчковский, Э.С. Физическое воспитание дошкольников в семье. – Киев: Рад.шк., 1987. – 128 с.
2. Деркунская, В.А. Сотрудничество детского сада и семьи в воспитании культуры здоровья дошкольников / В.А. Деркунская // Дошкольная педагогика. – 2006. — № 5, с. 49 – 51.
3. Кончина, О.А. Взаимодействие дошкольного образовательного учреждения с семьей в процессе реализации программы валеологического образования «Здравствуй!» / О.А. Кончина // Дошкольная педагогика. – 2006. - № 3, с. 44 – 50.
4. Шаршова Н. Сотрудничество с семьей по воспитанию здорового ребенка / Н. Шаршова // Работа с родителями. – 2009. – Режим доступа: <http://www.detskiysad.ru/fizvos/sotrudnichestvo.html>. – Дата доступа: 16.11.2010.
5. Шишкина, В.А. Физическое воспитание дошкольников: пособие для педагогов и руководителей учреждений, обеспечивающих получение дошк. Образования. – Минск: Зорны верасень, 2007. – 160 с.

УДК 159.92

К ВОПРОСУ ОБ ИНДИВИДУАЛЬНОМ ПОДХОДЕ К ФОРМИРОВАНИЮ МОТИВОВ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА

Т.В.Рогачева

АНО «Уральский центр комплексной реабилитации»

г. Екатеринбург, Россия

В нашей стране, к сожалению, часто понятие "реабилитация" сужается до медицинского аспекта, сущностью которого является восстановительная медико-биологическая терапия. Безусловно, важно оказать болящему человеку медицинскую помощь. Однако на деле медицинская реабилитация протекает без учета индивидуально-личностных особенностей человека, шкалы ценностей, уровня притязаний, представлений о личностном и социальном комфорте, о возможностях адекватного существования в новых условиях. Поэтому, на наш взгляд, проведение восстановительной терапии не может подменить собой реализацию индивидуальной программы реабилитации, основным содержательным компонентом которой выступает квалифицированная помощь в прояснении реабилитационного потенциала для каждого человека.

При этом сам реабилитационный потенциал, как и собственно процесс реабилитации, следует рассматривать как системное, комплексное, целостное образование.

Опыт определения и анализа реабилитационного потенциала показывает, что, как правило, реабилитационный потенциал представляют в виде специфического образования со сложной структурой, состоящей из качественно разных элементов. В качестве этих элементов общепринято выделять медицинский, профессиональный и социальный реабилитационный потенциал. Только в последние годы в число этих элементов стали включать психологический реабилитационный потенциал или реабилитационный потенциал личности. Целесообразность такого выделения обусловлена рядом обстоятельств.

Во-первых, психические, психологические феномены всегда в той или иной степени учитывались при определении реабилитационного потенциала (и медицинского, и профессионального и социального). Тем не менее, на практике этот учет был несколько интуитивным, если можно так выразиться общеметодологическим, недостаточно конкретным, что, в конце концов, приводило к разночтениям в понимании смыслового

значения психологического реабилитационного потенциала, в том числе и к разночтениям в определении и анализе подходов к его диагностике.

Во-вторых, изменилась общая методология медико-социальной экспертизы и реабилитации, когда соответствующие проблемы стали решаться в аспекте расширения успешных (доступных) сфер жизнедеятельности человека, в аспекте оценки его социальной адаптивности, формирования его социальной самодостаточности. И бесспорность признания принципиально существенной роли именно психологических механизмов в обеспечении социальной адаптации, социальных видов жизнедеятельности привела к акцентированию внимания на необходимости повышения эффективности психологической реабилитации, что помимо прочего возможно при условии адекватной и достаточно реальной оценке психологического реабилитационного потенциала.

Для корректного решения проблемы оценки психологического реабилитационного потенциала предварительно целесообразно проанализировать само понятие реабилитационного потенциала, его структуру и функции. Обобщая существующие научные определения реабилитационного потенциала можно считать, что под реабилитационным потенциалом следует понимать совокупность биологических, личностных (психологических) и социально-средовых факторов, которые обуславливают возможность восстановления или компенсации нарушений различных функций, за счет расширения доступных человеку (инвалиду) видов жизнедеятельности посредством реализации реабилитационных мероприятий (Коробов, 1995). При этом по своей сути реабилитационный потенциал представляет собой своеобразную системную биопсихосоциальную характеристику статуса инвалида. Соответствующим образом в целостной структуре реабилитационного потенциала выделяют его элементы (или составляющие):

- саногенетический потенциал, определяющий возможность расширения сфер жизнедеятельности за счет восстановления или компенсации нарушений в анатомическом, физиологическом состоянии организма;

- психологический потенциал, определяющий возможность расширения сфер жизнедеятельности за счет восстановления или компенсации нарушений на психическом уровне;
- социально-средовый потенциал, определяющий возможность расширения сфер жизнедеятельности за счет восстановления или компенсации нарушений, обусловленных социально-средовыми факторами.

В данном случае, очевидно, что саногенетический и психологический составляющие реабилитационного потенциала характеризуют соответствующие ресурсы самого индивида, а социально-средовый - ресурсы общества (микросреды инвалида, экономических условий и т.п.), содействующих актуализации и саногенетического и психологического реабилитационных потенциалов.

Неоспоримым является и тот факт, что состояние реабилитационного потенциала будет определяться теми или иными параметрами на биологическом, психологическом и социально-средовом уровне. Принципиально важным при его определении является выявление сохранных ресурсов на биологическом и психическом уровне, которые могут выступать в роли компенсаторных функций и диагностика патологических процессов (нарушений). Другими словами, в данном случае речь идет о позитивной и негативной составляющих реабилитационного потенциала, представленных во всех его элементах. Подчеркнем также, что оценка позитивной составляющей является специфической отличительной особенностью реабилитационной диагностики в отличие, например, от клинической. При этом реабилитационная диагностика должна отражать не только состояние объекта диагностики, но и прогноз реализации способностей человека, находящегося в условиях ограниченной жизнедеятельности. В данном аспекте реабилитационный потенциал следует рассматривать как один из фрагментов

инфраструктуры реабилитационного процесса, который включает в себя реабилитационную диагностику, реабилитационные воздействия и послереабилитационное сопровождение.

Реабилитационный потенциал является показателем возможности восстановления или компенсации нарушенных функций, расширения сфер жизнедеятельности. Это является его базовой функцией. Качественный анализ реабилитационного потенциала позволит, во-первых, выделить реальные цели и задачи реабилитации. Во-вторых, он даст возможность установить определенную иерархию приоритетов этих целей и задач. И, в - третьих, в конечном счете, он позволит определить оптимальные варианты методических приемов реабилитации, на которые пусть и в несколько обобщенном виде будут указывать ее цели и задачи.

Если рассматривать ранее выделенные элементы реабилитационного потенциала дифференцировано, то необходимо определить их значимость относительно различных аспектов реабилитации. Очевидно, что саногенетический реабилитационный потенциал непосредственно указывает на перспективность медицинской реабилитации, психологический реабилитационный потенциал - психологической реабилитации и т.п. В то же время реабилитационный потенциал является целостной, системной характеристикой статуса индивида. А это означает, что выделенные специфические структурные элементы реабилитационного потенциала имеют определенную взаимосвязь, взаимообусловленность и, соответственно, каждый из них имеет ту или иную значимость в отношении всех видов реабилитации. Так, в силу соматогенной обусловленности многих психических расстройств, саногенетический реабилитационный потенциал будет в определенной мере отражать и возможности психологической реабилитации; социальный реабилитационный потенциал, в свою очередь, будет отражать потенциалы медицинской реабилитации в силу того или иного развития инфраструктуры лечебно-профилактических учреждений и т.п. В целом следует считать, что саногенетический реабилитационный потенциал, психологический реабилитационный потенциал, социальный реабилитационный потенциал целесообразно рассматривать в двух аспектах. Во-первых, в аспекте их значения для соответствующего смыслового вида реабилитации и, во-вторых, в аспекте всего комплекса реабилитационных мероприятий.

Другими словами, реабилитация в современном понимании предполагает включение в зону своей ответственности достаточно большого круга лиц, в том числе медиков, логопедов, эротерапевтов, психологов, специалистов по лечебной физкультуре, педагогов и др. и требует комплексного подхода. Основная цель комплексной реабилитации заключается в формировании или развитии у пациента оптимальных возможностей функционирования в различных сферах значимых для него видах деятельности, в том числе в профессиональной, досуговой, социальной и повседневной. Именно поэтому эффективность реабилитационных мероприятий зависит от согласованной работы комплексной бригады специалистов.

С другой стороны, активное участие пациента в реабилитационном процессе также представляется важным условием успешности реабилитации. Однако, деятельность любого реабилитационного центра в России часто бывает связана с проблемой формирования мотивации пациентов на прохождение процедур с целью выздоровления либо поддержания своего состояния. Не секрет, что достаточно большой процент людей, получивших статус «инвалид» в системе медико-социальной экспертизы, имеют рентные установки и не пытаются улучшить свое состояние. Поэтому пребывание в реабилитационном центре как необходимый компонент индивидуальной программы реабилитации воспринимается такими пациентами как необходимость, что не

предполагает наличия внутренней мотивации на реабилитацию. Несомненно, такие пациенты – трудный контингент для сотрудников реабилитационного центра.

Возникает вопрос – каковы механизмы по формированию мотивов реабилитации у таких пациентов? Предлагаем наш совместный опыт работы с Областным реабилитационным центром Министерства социальной политики Свердловской области (Директор – Онохова Т.С.). Создавая конкретные для каждого реабилитанта условия, т.е. проводя конкретные действия, можно начать формировать внутреннюю мотивацию на улучшение состояния пациента силами и средствами, предлагаемыми реабилитационным центром. Наличие – отсутствие мотивации, т.е. эффективность работы в данном направлении, диагностируется степенью активности пациента по отношению к улучшению своего здоровья.

Модель поведения	Базовая черта	Особенности поведения в реабилитационном центре	Варианты воздействия психолога
Гипертимный	Оптимизм, высокий уровень активности	Оптимистичное отношение к своему состоянию, преуменьшение или неосознавание тяжести своего состояния, нарушения режима пребывания в реабилитационном центре	1. Ежедневные проверки прохождения процедур, занятий, определенных при приеме в реабилитационный центр (т.е. ежедневное курирование пациента) 2. участие в различных кружках (возможно – организация досуговой деятельности силами данных пациентов) 3. Просьба курирования тяжелых или неместных пациентов
Дистимный	Пессимизм, низкий уровень активности	Пессимистичное отношение к процессу реабилитации, преувеличение тяжести состояния. Стоит обратить внимание на поведение по типу раздражительной слабости (часто путают с агрессивным поведением)	Плюсом данных пациентов выступает их склонность к выполнению всех предписаний врачей и специалистов по реабилитации. 1. Поэтому главное направление – исследование преморбидных интересов пациента и помощь в их восстановлении 2. При поведении по типу раздражительной слабости – обращать внимание на фактор утомления.
Ригидный (застревающий)	Застревание на: а) мотиве	При взаимодействии с таким пациентом – формирование	1. Уже при приеме максимально доброжелательное отношение к пациенту, учет его просьб. 2. При позитивном настрое пациента – обращаться за

	б) эмоции	позитивного отношения к специалистам (уже при приеме)	помощью, в том числе по рекламированию услуг центра
Тревожный	тревога	Постоянные расспросы специалистов о своем состоянии, чтение различной литературы относительно своего диагноза. При противоречивости получаемой информации – тревога усиливается	1.Снижение противоречивости информации 2.Поиск позитивных моментов в наличии статуса «инвалид» 3.Поиск плюсов в состоянии тревоги 4.Организация поддержки со стороны других пациентов 5. Привлечение семьи (при наличии) в качестве ресурса
Педантичный	Низкая способность к выбору, принятию решения	Проблема ответственности за свое состояние	1.Работа на осознание и принятие своей ответственности 2.Поддержка специалистами
Демонстративный	Потребность привлекать к себе внимание	Привлечение к себе внимание любыми способами	1.Осторожность к «легенде» о заболевании 2.Направление к «статусным» специалистам 3.Ссылки к авторитетным личностям (У нас лечился сам...) 4. Просьба курирования тяжелых или неместных пациентов
Шизоидный	Ориентированность на себя	Ориентация на логически выстроенной и четкий графику пребывания	1.Выполнение просьб 2.Четкое формулирование цели пребывания в реабилитационном центре
Эпилептоидный (возбудимый)	Эффекты напряжения	Агрессивное поведение, постоянная раздражительность, необоснованные требования к персоналу	1.Возможность задавать требования, которые соответствуют работе по реабилитации 2.Обращение внимания пациента на возможность приступов

Список литературы:

1. Коробов М.В. Реабилитационный потенциал: вопросы теории и применения в практике МСЭ и реабилитации инвалидов //Врачебно-трудовая экспертиза. Социально-трудовая реабилитация инвалидов. М: ЦБНТИ, вып. 17, 1995.-22 с.
2. Леонгард К. Акцентуированные личности. – М.:Эксмо-Пресс, 2001. – 448 с.

УДК 159.9.07

ГЕНДЕРНЫЕ СТЕРЕОТИПЫ ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

С.А. Самсонов

ЧОУ ВО «Уральский медико-социальный институт»

г.Екатеринбург, Россия

Согласно принятому в России определению, невынашиванием беременности называется ее прерывание от момента зачатия до 37 полных недель беременности (Сидельникова В.М., 2002). По МКБ-10 диагноз «Преждевременные роды» имеет самостоятельную рубрику «О 60» — начало родов (спонтанное) ранее 37 полных недель беременности. Учет преждевременных родов в нашей стране осуществляется по ежегодной статистической отчетной форме Минздрава России №32 «Отчет о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам». По данным российской статистики (Радзинский В.Е., Оразмурадова А.А., 2009), 15–25% беременностей завершаются самопроизвольным абортом, диагноз «угроза прерывания беременности» ставится практически каждой второй беременной женщине.

Под невынашиванием понимаются самопроизвольные выкидыши (потери беременности до 22 недель) и преждевременные роды (с 22 до 37 полных недель беременности с массой плода до 500 грамм). Частота прерывания беременности в I триместре составляет 50% (25 % из них приходится на привычное невынашивание беременности), во II триместре составляет около 20%, а в III - до 30% [9; 39]. Частота самопроизвольных выкидышей составляет примерно 20% от всех желанных беременностей как в нашей стране (Сидельникова В.М., 2002), так и за рубежом (Nikcevic A.V., Kuczmierczyk A.R., Nicolaidis K.N., 2007). Медики констатируют, что за последние 50 лет частота преждевременных родов не изменилась и составляет 5—10%, причем в развитых странах в последние годы она повышается в результате применения новых репродуктивных технологий. Так, в начале XXI века этот показатель в США составил 10,1%, в Англии — 7,8%, во Франции - 7,2%, в Германии — 9—10%, в Венгрии — 10% (Скрипченко Ю.П., баранов И.И., Токова З.З., 2014).

Психологические проблемы, которые переживают женщины с невынашиваемостью беременности, требуют особого подхода к психологической помощи и психологическому сопровождению данных лиц. Исследования (Абрамченко В.В., 2004; Вараксина Г.Г., 2002; Василенко Т.Д., Блюм А.И., 2011; Филиппова Г.Г., 2001 и др.), которые проводятся для анализа психологических последствий таких ситуаций, показывают, что взаимозависимости личностных и объективных, клинических факторов представляют собой достаточно сложную картину. Так, по данным библиотеки Кокрейна, в настоящее время нет рандомизированных исследований, подтверждающих, что какая-то специальная помощь матерям и членам их семей в такой ситуации способствует профилактике патологического переживания потери (Nikcevic A.V., 2007). Результаты российских исследований свидетельствуют о тесной взаимосвязи между особенностями протекания беременности и личностными свойствами женщины, характером ее воспитания и

качеством реализации ею материнских функций. В то же время недостаточно изученным является характер психологических реакций беременной женщины на различные стрессорные и соматогенные воздействия. Нуждаются в уточнении взаимосвязи личностных особенностей и характера патологического течения беременности. В 68,89% случаев отмечается наличие тревоги и конфликта в материнской сфере. Наиболее часто психопатологические нарушения среди женщин с патологией беременности выявляются по шкалам депрессии (95,55%), тревоги, обсессивности (88,88%), и межличностной сенситивности (88,22 %). Большинство женщин с патологией беременности (71,11%) обнаруживают черты инфантилизма, что свидетельствует о неготовности к материнству и незащищенности в фрустрирующих ситуациях, и воспринимают предстоящие роды и материнство в более чем 80,00% случаев, как стрессовую ситуацию. Стиль переживания беременности и стиль материнского отношения у женщин с патологией беременности характеризуются тревожностью, амбивалентностью, в ряде случаев эйфорией (Мальгина Н.Я., 2011).

По словам Г. Г. Филипповой, при угрозе невынашивания беременности у женщины имеется конфликтное отношение между необходимостью стать матерью и иметь ребенка и возможностью это осуществить. Эта необходимость может выражаться в виде психологической или физиологической готовности женщины иметь детей, а также в мотивационной готовности или конфликте ценностей (Филиппова Г.Г., 2001). Е.А.Куминская подчеркивает, что «эмоциональное напряжение, сопровождающее беременность, сказывается на ее течении и изменяет функциональное состояние вегетативной нервной системы женщины. Все это позволяет утверждать, что беременность и роды можно отнести к числу состояний, представляющих угрозу психоэмоциональному статусу женщины, они могут быть связаны с серьезными психологическими последствиями как для матери, так и для будущего ребенка» (Куминская Е.А., 2013). В.И.Кузнецов обращает внимание, что «при возникновении ситуации угрозы своей жизни или жизни плода от женщины требуются большие адаптационные усилия. Из-за этого возникает необходимость коренного изменения образа жизни. Все это приводит к тому, что удовлетворение актуальных потребностей становится затруднительно. Такая ситуация влияет на качество жизни в силу как физических последствий, так и психотравмирующих влияний (Кузнецов В.И., 2010). В.В. Абрамченко замечает, что «конфликты между психоэмоциональными и физическими нагрузками беременной женщины и адаптационными возможностями плода являются факторами риска для нормального течения беременности, родов, развития плода и новорожденного (Абрамченко В.В., 2004).

Таким образом, можно рассматривать беременность, осложненную угрозой выкидыша, как экстремальную ситуацию. Как указывают Лазарус и Фолкман, «в основном не физиологический, а именно «психический уровень адаптации является наиболее чутким индикатором» стресса. В качестве эмоционально-стрессового квалифицируется состояние организма, возникающее в результате восприятия ситуации как неприемлемой, негативной, отвергаемой при одновременной невозможности ее избегания» (Lazarus R.S., 1987). Поэтому качество индивидуальной регуляции поведения женщины в подобной ситуации прямо не зависит от клинической картины. Ответ на вопрос, как женщина справляется с такой ситуацией, несомненно, актуален.

Одной из серьезных психологических проблем женщин с невынашиваемостью беременности, выступают сформированные задолго до актуальной проблемы стереотипы поведения в трудных жизненных ситуациях. К таким стереотипам можно отнести и гендерные стереотипы.

С целью выявления основных психологических факторов невынашиваемости беременности были продиагностированы 60 женщин в возрасте от 18 до 40 лет,

обратившиеся за медицинской помощью в Центр планирования семьи Свердловской области с диагнозом «угроза прерывания беременности». В качестве контрольной группы были опрошены женщины того же возраста, благополучно родившие и не имеющие в анамнезе невынашиваемостей. Всего в контрольной группе опрошено 60 человек.

В 1 группу попали женщины, средний возраст которых составляет $29,1 \pm 3,9$ лет и практически не отличается от возраста женщин, попавших в контрольную группу. Чаще это женщины в незарегистрированном (гражданском) браке (46%) или незамужние (21%). Примерно каждая 10 женщина сочетает работу с учебой. Почти половина (48%) курит. Среди женщин с невынашиваемостью, по данным отечественных гинекологов, практически не встречаются женщины с ожирением и нарушением углеводного обмена (Скрипченко Ю.П., баранов И.И., Токова З.З., 2014). В нашей экспериментальной группе таких проблем также не было выявлено. Возраст менархе и начала половой жизни у пациенток с нарушением репродуктивной функции не отличались от среднестатистических. Однако гинекологами, обследовавшими этих женщин, были выявлены следующие проблемы: высокий процент нарушений менструального цикла по типу олигоменореи в анамнезе (40%), хронические воспалительные заболевания матки и придатков (13%), миома матки и эндометриоз (10%), диагноз «бесплодие» был установлен в 13%.

Для проведения психодиагностического исследования были выбраны следующие психодиагностические инструменты:

1. Многофакторный личностный опросник FPI. Форма В (И.Фаренберг, Х.Зарг, Р.Гампел). В данной методике анализировалась шкала № 12 «Маскулинность – феминность». При этом испытуемые по результатам делились на три группы: «маскулинные», «андрогинные», «феминные».

2. Тест Куна-Макпартленда. В данной методике были использованы такие показатели как «Социальное Я», «Рефлексивное Я» (персональная идентичность), «Перспективное Я», «Деятельное Я».

3. Опросник С. Бем.

4. Клиническое интервью.

При исследовании особенностей гендерного стереотипа женщин с невынашиванием, были получены следующие результаты:

Таблица 1 – Гендерные стереотипы женщин с невынашиванием беременности (в %)

Методика	Гендерные стереотипы			Всего
	феминные	андрогинные	маскулинные	
Опросник FPI	20,0	33,3	46,7	100
Тест Куна-Макпартленда	13,3	33,3	53,4	100
Опросник С.Бем	30	33,3	36,7	100
«Идеальная женщина»	3,3	90,0	6,7	100

По результатам многофакторного личностного опросника FPI, большинство женщин были отнесены к показателю «маскулинные» (46,7%), треть женщин к «андрогинному» типу, меньше всего женщин к «феминному» типу (20%).

Схожие результаты были получены и при диагностике с помощью проективного теста Куна-Макпартленда: наименьшую по численности группу (13,3%) составили женщины с феминным гендерным стереотипом. Данные женщины чаще определяли себя как «будущая мама», «жена», «хозяйка», «заботливая», «люблю готовить» и т.д. Больше

половины женщин (53,3%) показали маскулинный гендерный стереотип, определив себя в первую очередь как «хороший работник», «профессионал», «хороший водитель», «целеустремленная», «самодостаточная», «активная», «сильная», «независимая» и т.д. Треть женщин (33,3%) продемонстрировали черты как женского, так и мужского гендерных стереотипов и были отнесены к группе андрогинного гендерного стереотипа.

Отличными оказались результаты теста С.Бем: по результатам данного опросника испытуемые разделились на практически равные группы: 30% указали на наличие у себя преимущественно феминных черт, в противовес им 36,7% указали на маскулинные черты, 33,3% выбрали как феминные, так и маскулинные характеристики.

Однако при описании «идеальной женщины» всего 1 опрошенная из экспериментальной группы представила феминные характеристики: «добрая, отзывчивая, любит детей, улыбочивая, приятная, расслабляющая, любящая». Немногим больше – 2 женщины - описали маскулинную идеальную женщину: «должна сама себя обеспечивать, быть независимой, гордой, целеустремленной, развиваться, вертеть мужчинами». Большинство же исследуемых описывали идеальную женщину, как сочетающую в себе и маскулинные, и феминные качества. Например: «Добрая, позитивная, умная, следит за собой, мудрая, хитрая, целеустремленная, но не демонстрирует свою целеустремленность и хитрость; активная, хозяйственная, любящая жена и мама».

Таким образом, среди женщин с невынашиванием беременности наиболее часто встречается маскулинный гендерный стереотип, реже всего феминный гендерный стереотип. Андрогинный гендерный стереотип, признаваемый на современном этапе более адаптивным, занимает промежуточное место между маскулинным и феминным стереотипами. Однако стоит отметить тот факт, что, не смотря на полученные данные об индивидуально-личностных свойствах, представления об абстрактной идеальной женщине у испытуемых отличаются от собственного гендерного стереотипа.

Среди женщин с благополучным исходом беременности, выявлены следующие результаты.

Таблица 2 – Гендерные стереотипы женщин с благополучным исходом беременности (в %)

Методика	Гендерные стереотипы		
	феминные	андрогинные	маскулинные
Опросник FPI	40	46,7	13,3
Тест Куна-Макпартленда	43,3	43,3	13,3
Опросник С.Бем	33,3	40	26,7
«Идеальная женщина»	40	56,7	3,3

По результатам многофакторного личностного опросника FPI, большинство женщин контрольной группы были отнесены к показателю «андрогинные» (46,7%), практически равное количество женщин (40%) к «феминному» типу, меньше всего женщин к «маскулинному» типу (13,3%).

Схожие результаты были получены и при диагностике с помощью проективного теста Куна-Макпартленда: наименьшую по численности группу (13,3%) составили женщины с маскулинным гендерным стереотипом. Данные женщины определяли себя схожим образом с женщинами маскулинного стереотипа экспериментальной группы. По 43,3% женщин показали феминный и андрогинный гендерные стереотипы. Возможно, полученные результаты можно объяснить тем, что данные респондентки вследствие

рождения ребенка примеряли на себя новую гендерную роль, что сказалось на их гендерных представлениях.

В отличие от результатов экспериментальной группы итоговые данные по опроснику С.Бем родивших женщин распределились следующим образом: 33,3% указали на наличие у себя преимущественно феминных черт, 26,7% указали на маскулинные черты, 40% выбрали как феминные, так и маскулинные характеристики.

При описании «идеальной женщины» 24 опрошенные (40%) описали идеальную женщину в феминных характеристиках: «добрая, отзывчивая, любит детей, улыбочивая, приятная, расслабляющая, любящая». Всего 1 женщина описала маскулинную идеальную женщину: «добиться признания, уважения, купить себе сама жилье, авто, всего добиться сама и т.д.». Большинство (58,4%) исследуемых описывали идеальную женщину, как правило, сочетающую в себе и маскулинные, и феминные качества.

Таким образом, среди женщин с благополучным исходом беременности, наиболее часто встречается андрогинный гендерный стереотип, а также стоит отметить преобладание феминного над маскулинным гендерным стереотипом у данных женщин.

При сравнении гендерных стереотипов женщин с различным исходом беременности методами математической статистики, был применен t-критерий Стьюдента. При проверке нормальности распределения данных, были получены следующие значения критериев, при N=60: асимметрия = 0,058859, станд. ош. асимметрии = 0,308694, эксцесс = -1,339046, станд.ош.эксцесс = 0,608492. Полученные значения свидетельствуют о нормальном распределении данных в выборке. В результате t- (критерий Стьюдента) = 2,795485 (при p=0,007016), что свидетельствует о наличии статистически значимых различий между гендерными стереотипами экспериментальной и контрольной групп. Таким образом, можно сделать вывод о том, что у женщин с невынашиванием беременности гендерный стереотип преимущественно является отличным от гендерного стереотипа женщин с благополучным исходом беременности. Среди женщин с невынашиванием беременности наиболее часто встречается маскулинный гендерный стереотип, реже всего феминный гендерный стереотип. Андрогинный гендерный стереотип, признаваемый на современном этапе более адаптивным, занимает промежуточное место между маскулинным и феминным стереотипами.

Список литературы:

1. Абрамченко В.В. Клиническая перинатология / Абрамченко В.В., Шабалов Н.П. – Петрозаводск: Интел Тек, 2004. – 424 с.
2. Вараксина Г.Г. Особенности течения беременности и развития симптомов угрожающего аборта под влиянием характерологических и психосоциальных факторов. Автореф. дис. канд. псих. наук. – Казань, 2002.
3. Василенко Т.Д., Блюм А.И. Смысловое переживание беременности женщинами, имеющими опыт незавершенной беременности // Актуальные проблемы теоретической и прикладной психологии: традиции и перспективы: Материалы Всероссийской научно-практической конференции, г. Ярославль, 19–21 мая 2011 г.: В 3 ч. Ч. I / Отв. ред. А.В. Карпов, ЯрГУ им. П. Г. Демидова; Российский фонд фундаментальных исследований. – Ярославль: ЯрГУ им. П. Г. Демидова, 2011. – 656 с.
4. Кузнецов В.И. Особенности локуса субъективного контроля у женщин с осложненной беременностью // Наука и освіта : наук.-практ. журн. Півд. наук. Центру АПН України. - 2010. -№ Лют.(Спецвип.: Проект "Когнітивні процеси та творчість"). – С. 196-200.
5. Куминская Е.А. Психологические особенности женщин, имеющих риск невынашивания беременности: обзор современных исследований // Перинатальная

психология и психология репродуктивной сферы. – 2013. - №3 (11). www.perinataljournal.ru|zhurnal@perinatalpsy.ru.

6. Малыгина Н.Я. Психологические особенности женщин с патологическим протеканием беременности // Перинатальная психология и психология репродуктивной сферы. – 2011. - №1-2 С. 148 – 154.(www.perinataljournal.ru).

7. Ранние сроки беременности / Под ред. В.Е.Радзинского, А.А.Оразмурадовой. – М.: Status Praesens, 2009. - 480 с.

8. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности. – М.: Триада-Х, 2002. – 304 с.

9. Скрипченко Ю.П., Баранов И.И., Токова З.З. Статистика преждевременных родов // Проблемы репродукции. – 2014. - № 4. – С.11-14.

10. Филиппова Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии / Г.Г. Филиппова // Вопросы психологии. 2001. №2. – С. 22-36.

11. Lazarus R.S. Transactional theory and research on emotion and coping / R.S. Lazarus, S. Folkman // Eur. J. Pers. – 1987. – Vol. 1. – P.141-169.

12. Nikcevic A.V. The influence of medical and psychological interventions on women's distress after miscarriage / A.V. Nikcevic, A.R. Kuczmierczyk, K.N.Nicolaidis // J. Psychosom. Res. – 2007. - № 63(3). – P. 283-290.

УДК 159.9.07

ОЦЕНКА УРОВНЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВОСПИТАТЕЛЕЙ ДОМА РЕБЁНКА

Г.В. Сенченко, Т.С. Парубцова, Е.А. Ефимова

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф.

В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России

г.Красноярск, Россия

Одной из составляющих деятельности педагога является управление психическим развитием личности ребенка. Успешно осуществить ее может только человек, способный осознанно регулировать проявления своих эмоций: открытый собственным и чужим мыслям, чувствам, переживаниям, доверяющий себе и своим воспитанникам, способный преодолевать трудности.

Однако педагог в процессе своей профессиональной деятельности может ощутить состояние изнеможения в совокупности с ощущением собственной бесполезности, ненужности. Описывая такое состояние, американский психиатр Х. Фреденбергом в 1974 г. ввёл термин выгорание («burnout»). Развитию этого состояния способствует необходимость работы в однообразном или напряженном ритме, с эмоциональной нагрузкой при взаимодействии с трудным контингентом, предполагающее постоянное, тесное общение («человек – человек») (Орел, 2001).

По мнению В.В. Бойко, эмоциональное выгорание — выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на психотравмирующие воздействия (Бойко, 2008). В соответствии со взглядами К. Маслач и С. Джексон синдром выгорания рассматривается как ответная реакция на длительные профессиональные стрессы возникающие в межличностных коммуникациях.

Данный синдром включает в себя 3 стадии, каждая из которых состоит из 4-х симптомов:

1-я стадия «Напряжение» - симптомы: неудовлетворенность собой, «загнанность в клетку», переживание психотравмирующих ситуаций, тревожность и депрессия.

2-я стадия «Резистенция» - симптомы: неадекватное, избирательное эмоциональное реагирование, эмоционально-нравственная дезориентация, расширение сферы экономики эмоций, редукция профессиональных обязанностей;

3-я стадия «Истощение» - симптомы: эмоциональный дефицит, эмоциональная отстраненность, личностная отстраненность, психосоматические и психовегетативные нарушения.

Эмоциональное выгорание представляет собой стереотип эмоционального, чаще всего профессионального поведения. «Выгорание» отчасти функциональный стереотип, поскольку позволяет человеку дозировать и экономно расходовать энергетические ресурсы. В то же время могут возникать и дисфункциональные следствия, когда «выгорание» отрицательно сказывается на исполнении профессиональной деятельности и отношениях с субъектами профессиональной деятельности.

К настоящему времени синдром «выгорания» включает более 100 симптомов. Несмотря на многочисленные публикации по этой проблеме, большинство из них до 1980-х гг. носило описательный характер. Как отметили Б. Перлман и Е. Хартмай в 1982 г., только единицы исследователей поднялись выше описательного уровня и представили статистический анализ данных. К. Маслач и С. Джексон (1981) к наиболее характерным проявлениям синдрома «выгорания» относят чувство эмоционального истощения или изнеможения, невозможность работать с полной отдачей сил, дегуманизацию (деперсонализацию) как тенденцию к циничности и негативизму по отношению к зависимым лицам (пациентам, клиентам, подчиненным, учащимся), негативное самовосприятие в профессиональном плане (редуцирование личных достижений или обязанностей). Среди наиболее характерных последствий «выгорания» авторы называют: деформацию Я-концепции (повышение негативизма по отношению к «Я»), гневливость, циничность, подозрительность, депрессию, сверхдоверчивость, ригидность и различные формы дезадаптации, которые непосредственно относятся к психосоциальному здоровью личности (Никифоров, 2006).

По мнению Форманюк Т.В. (1994) к трем основным факторам, играющим существенную роль в «выгорании», относят следующие факторы: личностный, статусно-ролевой и профессионально-организационный.

Анализируя работы Роджерса Д., Добсона С., Водопьяновой Н.Е. и др. выявлено, что к личностным факторам риска выгорания относятся: склонность к интроверсии, реактивность – характеристика темперамента, проявляющаяся в силе и скорости эмоционального реагирования, низкая или чрезмерно высокая эмпатия, жесткость и авторитарность по отношению к другим, низкий уровень самооценки и самоуважения (Фетискин, 2002).

Статусно-ролевые факторы риска включают: ролевой конфликт, неудовлетворенность профессиональным и личностным ростом, низкий социальный статус, ролевые поведенческие стереотипы, отверженность в референтной группе.

Профессионально-организационные (корпоративные) факторы риска – это те переменные, которые ведут к высокому уровню организационного стресса: продолжительность и интенсивность рабочей нагрузки в ситуациях напряженного делового общения, неудовлетворенность психологической атмосферой в организации, несправедливость и неравенство взаимоотношений в организации, негативные отношения с коллегами, отсутствие корпоративной сплоченности, слабая организационная культура, межличностные конфликты, дефицит административной, социальной и профессиональной поддержки, жесткий контроль, отстраненность от принятия решений.

Профессиональными факторами выгорания являются: высокая насыщенность рабочего дня общением, большое количество разных по содержанию и эмоциональной напряженности контактов, высокая ответственность за результат общения, определенная

зависимость от партнеров по общению, конфликтные или напряженные ситуации общения, необходимость быстрой адаптации к новым людям и быстро меняющимся профессиональным ситуациям, высокие требования к самоконтролю.

Таким образом, факторов, способствующих проявлению выгорания достаточно много, поэтому при организации профессиональной деятельности педагогов и воспитателей, необходимо учитывать влияние статусно-ролевых, профессионально-организационных и личностных факторов.

Особое место среди педагогических работников занимают педагоги и воспитатели, работающие в Домах ребёнка. Дом ребенка является учреждением здравоохранения, предназначенным для воспитания и оказания медицинской помощи детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, а также детям с дефектами умственного и физического развития, в возрасте от рождения до четырёх лет (Senchenko, 2013).

Сотрудник Дома ребёнка включен в профессиональную деятельность, характеризующуюся высокими эмоциональными нагрузками. Специфика их деятельности состоит в том, что она строится по законам общения, предполагающего активное эмоциональное взаимодействие. Ряд авторов (А.Г. Палахов, А.О. Прохоров и др.) считают напряженность важной характеристикой профессиональной деятельности воспитателей, указывая на высокую частоту возникновения невротических и психосоматических расстройств в их среде.

Мы провели исследование уровня эмоционального выгорания среди сотрудников КГКУЗ «Красноярский краевой специализированный Дом ребёнка №3». В исследовании приняло участие 29 педагогов, работающих в психоневрологическом отделении. Специфика работы в этом отделении связана с тяжестью общего физического и психического статуса детей-сирот.

В нашем исследовании была использована методика «Диагностика уровня эмоционального выгорания Бойко В.В.». Тест содержит 84 вопроса, позволяющих оценить наличие эмоционального выгорания по трем шкалам: «Напряжение», «Резистенция», «Истощение». В каждой из которых имеется возможность оценить сформированность развития четырёх симптомов.

Анализ полученных результатов свидетельствует, что стадия «Напряжение» находится в процессе формирования у 4% обследованных (1 человек), так же, как и стадия «Истощение», а стадия «Резистенция» - в процессе формирования у 12% (3 человека) и у 1 воспитателя эта стадия полностью сформирована.

Также было установлено, что у одного из респондентов две стадии находятся в процессе формирования, а одна – полностью сформирована. Тогда как у других респондентов (2 человека) в состоянии напряжения находится лишь по одной стадии. Однако, проанализировав сформированность каждого из симптомов у каждого респондента, выявлено, что даже если стадии эмоционального выгорания сформированы не были, все же отдельные симптомы находятся либо на стадии формирования, либо уже полноценно сформированы, что свидетельствует о риске начала формирования отдельных стадий у некоторых респондентов.

Наиболее часто встречающиеся сформированные симптомы у обследованных нами воспитателей - «Переживание психотравмирующих обстоятельств» (сформирован у 24%) и «Редукция профессиональных обязанностей» (сформирован у 16%). Наиболее часто встречающимися симптомами, находящимися на стадии формирования, являются «Тревога и депрессия» (40%) и «Переживание психотравмирующих обстоятельств» (36%).

Практически несформированными оказались такие симптомы как «Эмоциональный дефицит» (96%), «Деперсонализация», «Личностная отстраненность», а так же «Психосоматические и психовегетативные расстройства» (по 92%).

На основании полученных результатов можно сделать вывод, что для наиболее эффективного взаимодействия как внутри коллектива, так и между воспитателями и детьми данного учреждения, необходимо разработать и провести программу, направленную в первую очередь на психопрофилактику синдрома эмоционального выгорания.

Такая программа должна быть комплексной: психологической, организационной, просветительской, направленной на развитие психоэмоциональной устойчивости, обучение навыкам саморегуляции и способам профилактики и преодоления состояния эмоциональной напряженности и, при необходимости, на улучшение психологического климата в коллективе, оптимизацию труда педагогов.

Психологическая работа по устранению СЭВ должна включать три основных направления.

Первое - должно быть нацелено на снятие у сотрудников стрессовых состояний, возникающих в связи с напряженной деятельностью, формирование навыков саморегуляции, обучение техникам расслабления и контроля собственного физического и психического состояния, повышение стрессоустойчивости.

Второе направление - развитие навыков вербального и невербального общения, которые необходимы для налаживания благоприятных взаимоотношений с коллегами и руководством. Этому может способствовать проведение с сотрудниками групповых тренинговых занятий по развитию коммуникативных навыков.

Третье направление - нивелирование негативного влияния ряда профессиональных и личностных факторов, способствующих СЭВ. Необходима работа по развитию у сотрудников умений разрешать конфликтные ситуации и находить конструктивные решения; способности достигать поставленных целей и пересматривать систему ценностей и мотивов, препятствующих профессиональному и личностному самосовершенствованию и др. Для этого могут быть использованы разного рода тренинги, например тренинги по обретению уверенности в себе, самораскрытию, личностному росту, способности к принятию решений и т.п.

Наиболее распространенным средством профилактики эмоционального выгорания является непрерывное психолого-педагогическое образование педагога, повышение его квалификации.

Список литературы:

1. Бойко, В.В. Психоэнергетика, Питер Пресс, Санкт-Петербург, 2008, с. 85.
2. Диагностика эмоционального выгорания личности (В.В.Бойко)— М., Изд-во Института Психотерапии. 2002.
3. Никифоров Г.С. Психология здоровья: Учебник для вузов / Под ред. Г. С. Никифорова. — СПб.. Питер, 2006, с. 549-550.
4. Орел, В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования // Психологический журнал.- 2001.- Т.22, №1. – с. 16 – 21.
5. Регуляция эмоциональных состояний. “Детский психолог”. 1993 г., вып.4, с.67-79.
6. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Диагностика профессионального выгорания (К.Маслач, С.Джексон, в адаптации Н.Е.Водошняковой) / Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М., 2002. - С.360-362.
7. Форманюк Т. В. Синдром «эмоционального сгорания» как показатель профессиональной дезадаптации учителя // Вопросы психологии – 1994. - №6. – С.57-64.
8. Senchenko G.V., Loginova I.O. Meno terapijos taikymas naslaiciams vaikams kaip budas, padedantis isgyventi netekti // Kurybiski metodai reabilitacijoje: geroji patirtis sveikatos prieziuros ir ugdymo istaigose.- Klaipeda, Klaipedos Universitetas.- 2013.- P.96-101.

УДК 159.92

ФОРМИРОВАНИЕ САМОСОХРАНИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ КАК ОДНА ИЗ ФОРМ ПРОФИЛАКТИКИ АУТОАГРЕССИИ ЛИЧНОСТИ ПРИ НАРКОМАНИИ

М.И. Черепанова

ФГБОУ ВПО «Алтайский государственный университет»

г. Барнаул, Россия

Среди основных причин ухудшения здоровья современной молодежи ученые и специалисты называют пренебрежение проблемами охраны здоровья и окружающей среды, просчеты в экономической и социальной политике, перемены в образе жизни населения, стресс, которому подвергаются люди в результате изменений условий и норм жизни, высокую распространенность саморазрушающих видов поведения – пьянства, наркомании, токсикомании.

В связи с нарастающей социальной значимостью данных явлений, важно рассмотреть факторы, порождающие аутоагрессию и влияющие на интенсивность ее проявлений при наркомании и других видах аддиктивного поведения.

Аутоагрессия - намеренная (осознаваемая или неосознаваемая) активность, направленная на причинение себе вреда в физической и психической сферах. Относится к механизмам психологической защиты. Аутоагрессия проявляется в самообвинении, самоунижении, нанесении себе телесных повреждений различной степени тяжести, вплоть до самоубийства, саморазрушительном поведении (пьянстве, алкоголизме, наркомании, рискованном сексуальном поведении, выборе экстремальных видов спорта, опасных профессий, провоцирующем поведении). (Реан А.А., 2001)

Человеку, как и любому живому существу, в норме не свойственно направлять агрессию на самого себя, так как это противоречит его основной задаче - жить. В современной науке представлены дифференцированные причины возникновения саморазрушительного поведения.

В психологии считается, что такое поведение является следствием перенаправления агрессии, изначально направленной на внешний объект. В случаях, когда от этого внешнего объекта (или от существования этого внешнего объекта) зависит благополучие человека, агрессия может быть перенаправлена. В одних случаях на другой внешний объект (вымещение), а в других случаях, если такого объекта не находится или, что чаще, если такое перенаправление оказывается неприемлемым (осуждаемым, наказуемым) и агрессия оказывается направленной на самого себя. Не смотря на то, что аутоагрессия создаёт серьезные проблемы для того, кто применяет эту защиту, эмоционально она оказывается для него более приемлемой, чем осознание первоначального объекта агрессии.

Ряд ученых считают, что для возникновения аутоагрессии необходима система, включающая как минимум три компонента: фрустрированный человек с формирующимся внутренним конфликтом, подавляющий свою агрессию, и одновременно отрицающий свои социализированные интроекты. Психотравмирующая ситуация, в которой реализуются защитные паттерны поведения, обусловленные вышеупомянутым внутриличностным конфликтом. Обратная отрицательная связь - несбывшиеся ожидания по отношению к объекту и увеличивающей напряжением ситуации, агрессивность субъекта, потребность разрешения внутриличностного конфликта. (Бисалиев Р.В, 2005) Данная теоретическая модель делает акцент на внешней обусловленности аутоагрессии.

А.А. Реан в исследовании подростковой агрессии предложил ввести понятие «аутоагрессивный паттерн личности» (Реан А.А., 2001). Аутоагрессия, по его мнению, представляет собой сложный личностный комплекс, функционирующий и

проявляющийся на различных уровнях. В структуре аутоагрессивного паттерна личности выделяют 4 субблока:

Характерологический субблок - уровень аутоагрессии положительно коррелирует с некоторыми чертами и особенностями характера: интроверсией, педантичностью, демонстративностью, а также с депрессивностью и невротичностью.

Самооценочный субблок - связь аутоагрессии и самооценки. Чем выше аутоагрессия личности, тем ниже самооценка собственных когнитивных способностей, ниже самооценка тела, ниже самооценка собственной способности к самостоятельности, автономности поведения и деятельности.

Интерактивный субблок - связь аутоагрессии личности со способностью/неспособностью к успешной социальной адаптации, с успешностью/неуспешностью межличностного взаимодействия. Уровень аутоагрессии личности отрицательно коррелирует с общительностью и положительно - с застенчивостью.

Социально-перцептивный субблок - наличие аутоагрессии связано с особенностями восприятия других людей. Аутоагрессия практически не связана с негативизацией восприятия других. Напротив, уровень аутоагрессии коррелирует с позитивностью восприятия значимых «других». (Бойко И.Б, 2005)

Все больше исследователей склоняется к мысли, что основным внутренним условием стремления к самоуничтожению является отсутствие жизненных перспектив смысла жизни и надежды его найти.

Причины возникновения аутоагрессивного поведения можно рассматривать через влияние социальных и психологических факторов.

К социальным факторам можно отнести: внутрисемейные конфликты, информационный климат, воздействие молодежной субкультуры, преобладание определенных ценностей в обществе и т.д.

К психологическим факторам относят: отсутствие возможности удовлетворить свои психологические потребности в признании, самоутверждении, доверии, характерологические особенности личности и т.д.

Приведенные данные необходимо учитывать при реализации программ первичной профилактики девиантного (аутоагрессивного) поведения. Угрожающий рост наркоманий в современное время свидетельствует о необходимости включения в лечебно-реабилитационный процесс целенаправленных превентивных мер аутоагрессивного поведения больных наркоманиями.

В связи с широким распространением саморазрушающих форм поведения (алкоголизация, наркотизация) возрастает актуальность разработки способов их диагностики и профилактики. Известно, что в развитии злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ) участвуют генетические, средовые, а также индивидуально-личностные факторы (Брюн Е.А, 2005). Психологические особенности являются основополагающими в формировании начальных этапов отклоняющего (аддиктивного, агрессивного, аутодеструктивного) поведения. Наркомания сама по себе является суицидогенноопасным заболеванием. Суицидальный риск при употреблении наркотических веществ может достигать 80% (Ваулин С.В, 2005). Существуют психологические теории, рассматривающие наркоманию как одну из форм аутоагрессивного поведения. В частности, Э.Шнейдман ставит в один ряд наркоманию с алкоголизмом, ожирением, антисоциальным поведением и другими видами «косвенного суицида».

Одним из важных направлений профилактики и коррекции саморазрушительного поведения является уточнение влияния индивидуально-психологических особенностей на формирование и реализацию аутоагрессивных тенденций у больных наркоманией. Так,

согласно современным исследованиям (Ненси-Мак-Вильямс, 2009) показатель фактора «В» (низкий интеллект — высокий интеллект) у наркозависимых был достоверно ниже по сравнению с группой здоровых лиц. С одной стороны, изначально низкий интеллект можно расценивать как стимулирующий фактор аутоагрессивного поведения (вследствие слабости критических функций). С другой стороны, он является результатом токсического действия наркотика на центральную нервную систему, что, в свою очередь, также усиливает риск ауто- и гетероагрессии. Таким образом, формируется порочный круг. Фактор «С» (эмоциональная неустойчивость - эмоциональная устойчивость) у наркозависимых был достоверно ниже по сравнению со здоровыми. Его низкие показатели отражают такие личностные особенности, как эмоциональная лабильность и чувствительность, низкая фрустрационная толерантность, утомляемость, трудность адаптации к меняющимся условиям среды. Все перечисленные качества являются основными предрасполагающими факторами формирования и развития большинства невротических и психосоматических заболеваний (Даренский И.Д., 2005). Можно предполагать, что именно они создают предпосылки для такой формы аутоагрессии, как наркотизация, являя собой, по существу, неконструктивный механизм снятия стресса (Ненси-Мак-Вильямс, 2007).

Описанные в современной научной литературе данные свидетельствуют о необходимости тщательного анализа и учета личностно-психологических особенностей при разработке индивидуально дифференцированных программ как первичной (предупреждение развития разных форм зависимого поведения), так и вторичной (предупреждение социально-опасного поведения), его профилактики у наркозависимых больных.

Важнейшей превентивной формой профилактики аутоагрессивного поведения является формирование самосохранительного поведения, позитивного субъективного отношения каждого человека к своему здоровью. Важно отметить, что изучение здоровья во многом связано с изучением «образа жизни», с проблемой «здорового образа жизни». В это понятие, как мы полагаем, входит соблюдение физиологически оптимального режима труда и отдыха, рациональное питание, достаточный уровень физической активности, соблюдение правил личной и общественной гигиены, охрана окружающей среды, полезные для личности формы досуга, соблюдение правил психогигиены. Совершенно очевидно, что нарушение хотя бы одного из них негативно отражается на состоянии здоровья человека и может свести на нет усилия по его сохранению и укреплению.

В нашей стране впервые термин «самосохранительное поведение» стал употреблять А.И. Антонов в конце 1970-х гг. для «описания готовности личности к сохранению собственной жизни и здоровья». Исследование самосохранительного поведения проводилось учеными МГУ и Института социологии РАН, которые разработали основные теоретические положения его научной концепции. В разных регионах России по единой методике были проведены эмпирические исследования проблем самосохранительного поведения молодежи, в которых приняли участие 4,5 тыс. респондентов. Целью этих исследований было изучение взаимосвязи различных типов поведения разных групп молодежи с состоянием их здоровья, заболеваемостью и продолжительностью жизни. Изучалась установка респондентов на поддержание здоровья, а также выявлялось его место в структуре ценностей индивидов.

Комплексное теоретическое и прикладное изучение самосохранительного поведения населения помогло сделать вывод, что оно имеет универсальный характер, т.е. является компонентом общего поведения личности во всех сферах жизни и, прежде всего, в области репродуктивного, потребительского поведения. Отношение к вредным привычкам (алкоголю, курению табака, употреблению наркотиков) может быть

позитивным и негативным. Позитивное самосохранительное поведение направлено на сохранение и укрепление здоровья, негативное – на его разрушение.

Причинами, препятствующими самосохранительному поведению, направленному на поддержание и укрепление здоровья названы: недостаток времени (39%), слабая сила воли (23%), отсутствие необходимых условий (16%), нехватка денег (12%). Обобщая полученные данные, установку молодежи на заботу о своем здоровье в современном обществе, ученые охарактеризовали как пассивную.

Положительное самосохранительное поведение является действенным противоядием, нейтрализующим пристрастие к алкоголю, курению, наркотикам. Самочувствие и состояние здоровья человека напрямую зависит от его умения преодолеть вредные привычки. Несмотря на тревожную картину, сама молодежь, по-видимому, не в полной мере осознают пагубность вредных привычек.

Следует заметить, что саморазрушительное поведение т.е. алкоголизм, наркомания, токсикомания часто сопровождается сексуальной распущенностью, которая в свою очередь приводит к заражению болезнями, передаваемыми половым путем. Очевидно, что помимо указанных - на здоровье человека большое влияние оказывают внешние факторы, такие как условия жизни, экология, качество питания, наследственность. В ходе исследований выяснилось, как оценивают их влияние на здоровье сами опрошенные. Выяснилось, что среди внешних факторов «усилия самого человека», то есть самосохранительное поведение (субъективный фактор), опрошенные поставили на третье место.

Состояние здоровья молодежи, очевидно, тесно связано и с тем, как они проводят свое свободное время, свой досуг. Наиболее распространенной формой досуга у современной молодежи, согласно данным ряда исследований, является интернет, увлечение современной музыкой, на втором месте находятся посещения баров, дискотек, прогулки с друзьями. Спортом в свободное время, занимаются примерно 40% респондентов: среди них больше юношей, чем девушек. Примерно каждый второй молодой человек любит проводить свободное время у компьютера (Реан А.А., 2005).

Таким образом, представленные данные социологических опросов показали, что в сознании большинства молодежи основными факторами, определяющими состояние их личного здоровья являются внешние т.е. объективные факторы - условия жизни, наследственность. А пагубная роль в ухудшении здоровья человека субъективных факторов таких как табакокурение, чрезмерное употребление алкоголя, наркомания, по мнению ученых молодежью не дооценивается (Шустов Д.И., 2005).

Представляется, что только государственная политика, направленная на формирование у молодежи активной жизненной позиции в области сохранения и укрепления своего здоровья позволит воспитать у них необходимые установки на положительное самосохранительное поведение. Основу такой политики могла бы составить национальная концепция борьбы за здоровый образ жизни молодежи. Необходимость создания такой концепции признается учеными, считающими, что острота современной демографической и медико-социальной ситуации в России привела к потребности немедленного осуществления целого ряда антикризисных программ в области здравоохранения, способных преодолеть кризис системы охраны общественного здоровья и особенно здоровья молодежи. Одним из пунктов этой концепции может стать рекомендация школам, вузам вводить в учебные программы изучение валеологии («область знания об индивидуальном здоровье человека, о культуре сохранения и укрепления здоровья»). Данная учебная дисциплина способствовала бы формированию у молодежи убеждения в том, что для каждого индивида здоровье является основополагающей доминантой, на которую помимо различных условий окружающей среды влияют физическая и нравственная культура индивида, а также избранный им образ

жизни, предполагающий активную жизненную позицию в борьбе за здоровье и самопомощь - решения и действия, предпринимаемые людьми в этом направлении.

Чрезвычайно важно, чтобы к решению этих проблем подключились не только государственные органы, но и общественность, и средства массовой информации, особенно телевидение, которые целенаправленной пропагандой самосохранительного поведения молодежи могли бы усилить значимость затронутой здесь проблемы, поднять заботу о своем здоровье каждого члена общества на высокий уровень.

Список литературы:

1. Белокрылов, И.В., Даренский, И.Д., Ровенских, И.Н. Психотерапия наркологических больных. Руководство по наркологии в 2-х т./Под ред. Н.Н. Иванца. -М.: Медпрактика-М., 2002. -Т. 2.-С. 120-172.
2. Бисалиев, Р.В. Суицидальные и несуйцидальные формы аутодеструктивного поведения при опийной наркомании: Дисс. на соискание ученой степени канд.мед.н. - М., 2005. -108 с.
3. Бойко, И.Б. Введение в суицидологию (Пенитенциарный аспект). Ч. 1. - Рязань: Стил, 2005.-189 с.
4. Брюн, Е.А., Целесообразность организации суицидологической службы в наркологии//XIV съезд психиатров России. Материалы съезда. -Москва, 2005. -С. 332.
5. Ваулин, С.В. Суицидальное поведение и алкогольная зависимость//Дискуссионные вопросы наркологии: профилактика, лечение и реабилитация. Материалы Российской конференции. -Иваново, 2005. -С. 42-44.
6. Даренский, И.Д. Аддиктология как научная дисциплина и область практической деятельности//Аддиктология. -2005. -№ 1. -С. 8-13.
7. Защитные механизмы // Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. [Электронный ресурс]. – Заглавие с экрана. – Режим доступа: http://www.group-analysis.ru/publications/Nancy_McWilliams/Nancy_McWilliams_PSYHOANALYTIC_DIAGNOSIS_Understanding_Personaly_Structure_in_the_Clinical_Process.php
8. Реан, А.А. Психология личности в трудах зарубежных психологов. Хрестоматия. — 1-е издание. — Санкт-Петербург: 2001. — 320 с
9. Шустов, Д. И. Аутоагрессивность и иллюзия бессмертия // Журнал практической психологии и психоанализа. №1 март. - 2005., С.8-18

УДК 159.9.07

ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИЕ ОТНОШЕНИЯ НА ЭТАПЕ ПОДГОТОВКИ К ИНКЛЮЗИВНОМУ ОБРАЗОВАНИЮ ДОШКОЛЬНИКОВ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ АУТИЗМА

Т.В.Черникова, В.И. Морозова
ФГБОУ ВПО «Волгоградский государственный социально-педагогический университет»
г.Волгоград, Россия

Российские школы, расширившие перечень своих возможностей за счет инклюзивного образования, неизбежно сталкиваются с организацией специализированной подготовки к обучению дошкольников, имеющих ограничения по состоянию здоровья. Целенаправленные педагогические действия работников школы следует сочетать с воспитательным потенциалом семьи, который необходимо изучать и активно

задействовать. Вопросы диагностики, относящиеся к проблематике взаимодействия с детьми-дошкольниками, имеющие ограниченные возможности здоровья, традиционно рассматриваются с двух позиций.

Первая позиция связана с подбором специальных диагностических средств, направленных на изучение особенностей детей с ограничениями по интеллекту, движению, зрению, слуху и др. Прогрессивные разработки в этом направлении позволяют максимально точно дифференцировать дефект и тем самым индивидуализировать коррекционную работу. К сожалению, в наименьшей степени это относится к дошкольникам с проявлениями раннего аутизма. Диагностическая картина в отношении них по-прежнему составляется на основании описании поведения, проявления которого классифицируются по различным (порой спорным) основаниям. Полученное описание позволяет лишь констатировать положение и не содержит в себе указаний на возможности психологической коррекции.

Вторая позиция может считаться более продуктивной. Исследуются особенности коммуникации и тип взаимодействия, результаты диагностики анализируются с целью определения деструктивного и конструктивного прогноза развития отношений, положительные возможности принимаются в качестве содержания групповой развивающей работы для родителей или заменяющих их лиц, а также специалистов социально-психологической и коррекционно-реабилитационной работы. Что касается дошкольников с ранним аутизмом, то особенности их межличностного общения (отстраненность) и предметного взаимодействия (обособленность) заставляют максимально полно подключать родительский ресурс, рассматриваемый в качестве важнейшего института первичной социализации на этапе перехода в новый социальный институт – школу.

Специальные исследования, проведенные Е.М. Мастюковой и А.Г. Московкиной (2003), а также О.С. Никольской, Е.Р. Баенской и М.М. Либлинг (2005) показали, что преодоление трудностей в детско-родительских отношениях играет значительную роль в становлении личности дошкольника с расстройствами аутистического спектра. Наличие в семье такого ребенка вызывает противоречивые чувства, связанные с глубокими эмоциональными переживаниями родителей: проявления эмоциональной напряженности, раздражительности, отчаяния сменяются усталостью и апатией либо повышением тревоги и беспокойства в отношении ребенка и его будущего. Переживания усиливаются еще и вследствие того, что отгороженное поведение замкнутого ребенка привлекает внимание окружающих и провоцирует критику с их стороны, что вызывает у родителей чувства стыда и вины.

Вовлечение родителей в подготовку детей к школе проводится с учетом особенностей их отношения к собственному ребенку. Диагностика такого рода позволяет определить выбор средств психокоррекционной помощи каждой конкретной семье. Нами предложен и апробирован комплекс методик, и это позволило получить проверяемые результаты. Организованное исследование проходило в два этапа.

На первом диагностическом этапе была использована проективная методика «Рисунок семьи» в интерпретации А.Л. Венгера (2003) для оценки внутрисемейных отношений. Целью проведения методики стало косвенное выявление особенностей внутрисемейных отношений, которые рассматривались с позиций благоприятности и неблагоприятности. Восемьмерым испытуемым (семи женщинам-матерям и одному мужчине-праотцу) предлагалось нарисовать свою семью. Время выполнения задания не ограничивалось. В результате анализа продуктов деятельности испытуемых были выявлены описанные ниже особенности.

Только одно изображение из восьми косвенно свидетельствовало о благоприятном характере взаимоотношений с ребенком в семье. Это касалось случая воспитания

дедушкой дошкольника с проявлениями аутизма. В шести случаях из восьми отмечено наличие эмоциональных связей и относительное единение членов семьи.

Два рисунка дали повод говорить о выраженной гиперопеке (фигуры родителей заслоняют изображения детей). Оставшиеся шесть рисунков свидетельствовали о том, что родители отстраняются от ребенка, проявляют скованность (ригидность), возможно, в некоторых случаях по причине своего бессилия в плане воспитательного воздействия.

Изображение устойчивых фигур на рисунке говорит о прочности отношений, стабильности семейных уз. На уход от травмирующей реальности при отсутствии опоры в семье указывает отсутствие ног и стоп у изображенных людей. В своих работах большинство испытуемых нарисовали руки зажатými в кулак в дополнение к широким плечам или другим символам мужественности. Это подчеркивает агрессию и враждебность к окружающим почти в половине случаев. В таком же количестве рисунков у людей отсутствует изображение ушей как индикатора слабого вербального взаимного восприятия, нежелания слушать окружающих.

Преобладание ахроматических (нераскрашенных) элементов, а также наличие грубой небрежной штриховки может свидетельствовать о повышенной тревожности, напряженности, неблагоприятном физическом состоянии, что присутствует в шести изображениях из восьми. На это же указывали схематичность и незавершенность отдельных сегментов рисунка.

На втором диагностическом этапе нашего исследования были получены результаты по методикам «Шкала степени отверженности ребенка в семье» А.Г. Лидерса и «Тест-опросник родительского отношения» А.Я. Варга, В.В. Столина (Лидерс, 2007). Результаты применения методик позволили дифференцировать особенности отношений родителей с дошкольниками по шкалам.

Процедура измерения степени принятия или отверженности ребенка в семье проводилась по методике «Шкала степени отверженности ребенка в семье» А.Г. Лидерса на материале анкеты, содержащей перечень определенных черт характера и личностных особенностей. Первоначально родители выбирали те черты характера, которыми они наделяли ребенка в своем воображении еще до его рождения (раздел табл. 1 «Степень совпадения черт»); а затем – черты характера, которые, по их мнению, имелись у ребенка текущий момент (раздел табл. 1 «Степень нежелательности черт»).

Выявленные несоответствия между ожиданиями и реальностью в отношении собственного ребенка-дошкольника отражены в табл. 1. Индивидуальные проявления показателей у восьми испытуемых по двум шкалам отражены на сравнительной диаграмме.

Таблица 1 – Количественные показатели степени отвержения ребенка родителями по результатам применения «Шкалы степени отверженности ребенка в семье», ср. значение выраженности по шкале в процентах

Число испытуемых	Степень отверженности		Интерпретация показателей
	Степень совпадения черт	Степень нежелательности черт	
2	17,8	51,8	Ребенок практически отвержен, ситуация в семье крайне неблагоприятна для него. У ребенка имеется целый ряд нежелательных для родителей качеств, за которые они ругают его

4	30,8	6,5	Ребенок может чувствовать себя отвергнутым, но в целом ситуация среднеблагоприятная. У ребенка практически не имеется нежелательных качеств, которые бы раздражали родителей
2	6,5	37,0	Ребенок не соответствует ожиданиям родителей, но в глазах родителей он не обладает раздражающими и отрицательными чертами характера
Всего	100	100	

По итогам анализа показателя «Степень совпадения черт» семей с высоким уровнем принятия ребенка не было выявлено. У 63% участников (в пяти случаях из восьми) наблюдается явное или скрытое отвержение ребенка в семье. Ребенок не соответствует ожиданиям родителей, они не понимают и не принимают особенностей его поведения. Возможно, родители пытаются компенсировать собственный психологический дискомфорт за счет дистанцирования от ребенка или стремятся замаскировать реальное отношение к ребенку проявлениями повышенной заботы и внимания. У оставшихся 37% (трех) родителей ситуация в семье соответствует среднеблагоприятным показателям (в формулировке автора методики). Это означает, что ребенок может время от времени раздражать родителей и чувствовать себя отвергнутым. В силу того, что интеллектуальные и характерологические особенности ребенка с расстройствами аутистического спектра не соответствуют ожиданиям родителей, они испытывают чувство неудовлетворения и обиды. Однако внешние особенности ребенка отвечают представлениям родителей: они видят своих детей похожими на других – красивыми, изобретательными, ловкими, выносливыми.

При анализе показателя «Степень нежелательности черт» были подсчитаны нежелательные и отрицательные характеристики ребенка, которые давались родителями. Оказалось, что только 13% родителей (один человек) показали явное отвержение ребенка с расстройствами аутистического спектра. У ребенка, по мнению такого родителя, преобладают нежелательные черты характера, которые постоянно пугают и угнетают. Диагностические результаты 63% участников (пяти человек) показали среднеблагоприятную ситуацию в семье. Считается, что у дошкольника имеется целый ряд отрицательных качеств, которые раздражают и беспокоят. Они нередко ругают за нежелательное поведение и пытаются его корректировать. В глазах 24% родителей (двух человек) у их ребенка отсутствуют неблагоприятные и отрицательные качества. Мечты об идеальном ребенке не реализовались, и родитель не удовлетворен; но при этом он не приписывает ребенку лишних негативных качеств, а старается видеть его положительные проявления в общении.

Процедура изучения педагогической социальной установки родителей по отношению к детям проводилась по методике «Тест-опросник родительского отношения» А.Я. Варга, В.В. Столина (Лидерс, 2007). Испытуемым предлагался опросный лист, состоящий из 61 утверждения, распределенных по пяти шкалам, выражающим те или иные аспекты родительского отношения: шкала 1 «Принятие – отвержение ребенка» отражала общее эмоционально положительное (принятие) или эмоционально отрицательное (отвержение) отношение к ребенку; шкала 2 «Кооперация» – тенденцию взрослого к сотрудничеству с ребенком, проявление искренней заинтересованности и участие в его делах; шкала 3 «Симбиоз» – стремление взрослого к единению с ребенком или, напротив, сохранение между ребенком и родителем психологической дистанции; шкала 4 «Контроль» – влияние взрослого на поведение дошкольника, т.е. степень демократичности или авторитарности родителя по отношению к ребенку; шкала 5

«Отношение к неудачам ребенка» – отношение взрослого к способностям своего ребенка, к его достоинствам и недостаткам, успехам и неудачам. При подсчете тестовых баллов по всем шкалам ответ «верно» считался за один балл.

Низкие баллы по шкале «Принятие – отвержение» (до 15 баллов) были отмечены у 38% родителей (трех человек). Такие родители воспринимали своих детей слабыми, не адаптированными к жизни, несчастливыми, невезучими. Им казалось, что дети не достигнут успеха в жизни из-за отсутствия выдающихся способностей, низких интеллектуальных данных. По большей части родители испытывали по отношению к ребенку досаду, недовольство, раздражение, обиду, озлобленность. Они не доверяли ребенку и не уважали его. Высокие баллы по шкале (24–30 баллов) отражали бы положительное отношение к ребенку. Родители с такими шкальными показателями стремились бы проводить много времени вместе с ребенком, заниматься с ним ради его развития. В проведенном нами исследовании ни один из участников не набрал высоких баллов по данной шкале.

Низкие баллы по шкале «Кооперация» (менее 3 баллов) свидетельствовали о нежелании родителей интересоваться воспитанием своего ребенка, его успехами и неудачами в продуктивных занятиях и общем развитии. Низкие баллы были выявлены у 50% участников (четыре родителей). Родители не осознавали важности семьи в воспитании и развитии ребенка-дошкольника с расстройствами аутистического спектра. Считается, что семьи, набравшие высокие баллы по шкале «Кооперация» (7–8), высоко оценивают способности ребенка, испытывает чувство гордости за него, поощряют инициативу и самостоятельность, стараются оказать помощь. К сожалению, в проведенном исследовании ни один из участников не продемонстрировал высоких показателей по данной шкале.

Низкие баллы по шкале «Симбиоз» (до 2 баллов) указывают на наличие межличностной дистанции в общении с ребенком. У 63% (пяти участников исследования) обнаружены заниженные баллы по этой шкале. Проявляя заботу о ребенке, уделяя ему много сил и внимания, родители не испытывали удовлетворения от взаимодействия с ним. Контакты между родителем и ребенком, в основном, носили поверхностный характер. Родители были или равнодушны, или сдержаны в проявлении своих чувств. При высоких баллах по данной шкале (6–7 баллов) считается, что детско-родительские отношения носят максимально взаимозависимый характер. Родитель ощущает себя с ребенком единым целым, стремится удовлетворить все потребности ребенка, оградить его от трудностей и неприятностей жизни. В данном исследовании ни один из участников не набрал высоких баллов по данной шкале.

Низкие баллы по шкале «Контроль» (до 2 баллов) выявлены у 63% (пяти опрошенных). Полученные показатели соотносимы с намеренным попустительским предоставлением ребенку полной свободы в действиях, отсутствием правил, запретов, рекомендаций со стороны взрослых. При высоких баллах по шкале (6–7) в воспитательном воздействии родителя определенно просматривается авторитаризм. У 13% родителей (один человек) имеется высокий балл по данной шкале. Вероятнее всего, родитель безоговорочно требует послушания и дисциплины, вводит большое количество ограничений и запретов.

Низкие баллы по шкале «Отношение к неудачам ребенка» (менее 3 баллов) означают, что родитель стремится излишне инфантилизировать ребенка, приписывая ему личную и социальную несостоятельность. При высоких значениях по шкале (7–8 баллов) родитель верит в успехи своего ребенка, замечает проявления целеустремленности, самостоятельности и поддерживает это в нем. Уважительное отношение к личности ребенка, вера в его возможности и способности присутствовали в каждом из диагностируемых случаев (табл. 2).

Из материалов табл. 2 следует, что наиболее благоприятной явилась позиция родителей по отношению к неудачам ребенка: все ответы родителей соответствовали показателям нормы. Неудачи рассматривались как временные, присутствовала уверенность в возможности их преодоления. Наиболее критические показатели наблюдались по шкалам «Симбиоз» и «Контроль». В ответах родителей прослеживалась тенденция отстраненности от родительской позиции, нежелания что-либо изменить в отношениях с ребенком, признавать его права. Присутствовали также устремления родителей не только попустительствовать, но и жестко контролировать поведение дошкольников.

Таблица 2 – Распределение показателей по шкалам «Геста-опросника родительского отношения», процент испытуемых

Шкалы Показатель	Принятие – отвержение	Кооперация	Симбиоз	Контроль	Отношение к неудачам ребенка
Выше нормы	0	0	0	13	0
Норма	63	50	37	24	100
Ниже нормы	37	50	63	63	0
Всего	100	100	100	100	100

Предпринятая попытка исследовать взаимоотношения родителей с детьми, имеющих проявления аутистического поведения, позволила выявить некоторые особенности, учет которых откроет пути сотрудничества педагогов с родителями на этапе подготовки дошкольников к инклюзивному образованию.

Необходимо признать, что своеобразие родительского отношения к детям с расстройствами аутистического спектра характеризуется противоречиями на уровне представлений о ребенке и стиля взаимодействия с ним. Так, уже ориентировочное проективное исследование родительского отношения к дошкольнику с расстройствами аутистического спектра позволило определить общий тон настроения в семьях. Это, как правило, повышенное беспокойство за детей и напряженность в отношениях с ними, заикленность родителей на особенностях их непредсказуемого поведения. Безусловно, в содержание психологической работы с родителями, в первую очередь, необходимо включить психотерапевтические задания на уменьшение тревожности и снижение переживания уникальности ситуации. Принимая во внимание то, что рисунки матерей явно носили более негативный характер, чем рисунок бабушки, следует рассмотреть возможность привлечения прародителей к работе по подготовке дошкольников к инклюзивному образованию, опираясь на их опыт заботы о близких и жизненную мудрость.

Углубленная диагностика показала, что примерно в двух случаях из трех разочарование от несоответствия реальности ожиданиям может приобретать у родителей формы дистанцирования и даже явного отвержения ребенка. Определение степени нежелательности черт ребенка показало более благоприятную картину, о чем свидетельствует статистическая нормальность распределением признака со смещением в положительную сторону. Началом процесса принятия дошкольника как способного к освоению нормативных социальных требований может стать понимание того, что физически внешне это обычные дети, но требующие компетентной помощи в подготовке к школьному обучению. Обсуждение в родительских группах примеров того, сколько могут сделать терпение и любовь, станет мотивирующим фактором в организации развивающего взаимодействия с дошкольником в домашних условиях задолго до

вхождения в непростую для ребенка школьную жизнь, организованную по типу инклюзивного образования.

Список литературы:

1. Венгер А.Л. Психологические рисуночные тесты. М.: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003. 160 с.
2. Лидерс А.Г. Психологическое обследование семьи. М.: Академия, 2007. 432 с.
3. Мастюкова Е.М., Московкина А.Г. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии / Под ред. В.И. Селиверстова. М.: ВЛАДОС, 2003. 408 с.
4. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Проблемы семьи аутичного ребенка // Дефектология. 2005. № 5. С. 76–82.

УДК 159.9.07

ОЦЕНКА УГРОЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В СТРУКТУРЕ ВОЕННО-ИНТЕРНАТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Л.М. Шакурова

ФГБОУ ВПО «Национальный исследовательский Томский государственный университет»
г.Томск, Россия

Вопрос о психологической безопасности в образовании становится все более актуальным на сегодняшний день. «Ситуация в образовании, по ряду параметров, опасна, в ней есть риски и угрозы как физическому, так и психическому здоровью ученика, учителя и родителя. Сегодня, говоря об известном психологическом термине «социальная ситуация развития», возможно употреблять его новую трактовку «опасная для развития социальная ситуация» (Баева,2013). Основным фактором опасности, по мнению Баевой И.А является наличие насилия в межличностном и педагогическом общении участников образовательного пространства, проявление которого ведет к снижению показателя психического здоровья, так как, когда среда подвержена опасности и поражена насилием, у ее участников возникает желание покинуть ее. Создание безопасной образовательной среды является очень важным в процессе получения образования и нахождения в определенном образовательном пространстве, именно потому, что приобретенные в такой среде ценности и навыки поведения, человек будет переносить и транслировать в более широкий социально-культурный контекст.

Уже существующая в теоретическом плане концепция психологической безопасности образовательной среды включает в себя три основных базисных фактора: 1) субъект в образовании; 2) содержание образования; 3) взаимодействие педагогов.

«Концепция психологической безопасности образовательной среды – это система взглядов на обеспечение безопасности участников от угроз позитивному развитию и психическому здоровью в процессе педагогического взаимодействия» (Баева,2010).

Данное сочетание факторов создает образовательную среду с определенными характеристиками и развивающими возможностями. По мнению Баевой И.А. и Гаязовой Л.А. психологическая безопасная образовательная среда должна удовлетворять основные потребности в личностно-доверительном общении, обеспечивая тем самым психологическую защищенность включенных в нее субъектов (Баева,2013). Создать психологически безопасную среду в образовательном пространстве, можно при помощи психолого-педагогических технологий, построенных на диалоге, сотрудничестве и отказе от психологического насилия в процессе взаимодействия.

В отношении степени разнообразия подходов о понимании психологической безопасности, ее компонентов и критериев Т.В. Эксакусто, и Н.А. Лызь выделяют три направления, которые формируют единый образ психологической безопасности.

1. Психология безопасной деятельности - изучает человека в различных видах деятельности, в том числе и на экстремальных объектах с высоким уровнем риска, в чрезвычайных ситуациях (М.А. Котик, В. Кроуфорд, К. Марбе, Г. Мюнстерберг, Т.М. Краснянская).

2. Сам человек - «ответственная инстанция», «носитель» и сфера локализации феномена безопасности. Психологическая безопасность определяется через субъективную картину мира, защищенности и готовности человека преодолевать опасности и быть устойчивым к негативным воздействиям, что способствует минимизации опасности для самого человека, общества, природы и благополучию в целом (К. А. Абульханова, А.В. Брушлинский, С.Л. Рубинштейн и др.)

3. Психологическая безопасность среды – здесь объектом изучения является пространство «среда-человек», а предметом являются информационные, социальные, предметно-пространственные и другие характеристики жизнедеятельности, которые способны оказывать влияние на психику, сознание, поведение и личность человека, нарушая его безопасность. (И.А. Баева, Т.С. Кабаченко, А.Н. Сухов и др.). В рамках данного направления следует выделить работы Баевой И.А, а также ее последователей. Под психологической безопасностью понимается «состояние образовательной среды, свободное от проявлений психологического насилия во взаимодействии, способствующее удовлетворению потребностей в личностно-доверительном общении, создающее референтную значимость среды и обеспечивающее психическое здоровье включенных в нее участников» (Баева, 2002). В проведенном эмпирическом исследовании данный подход был взят за основу.

Если говорить о военных интернатных образовательных учреждениях, то подростки, попадая в такое учебное заведение, живущее по воинским уставам, попадают в условия повышенных умственных, физических и психологических нагрузок, сталкиваются с рядом разнообразных проблем в период адаптации. Процесс обучения в военно-интернатных учреждениях осложняется тем фактором, что воспитанники живут и проходят обучение в одном и том же пространстве. Если учащиеся школ меняют обстановку и круг общения, то воспитанники военно-интернатных учреждений все время находятся с одними людьми. Таким образом, психологическая нагрузка (отношения в коллективе, взаимоотношения с педагогами и воспитателями, ограниченность в свободе действий) увеличивается, соответственно, усложняется образовательный процесс. Первичную адаптацию юных воспитанников составляют процессы, связанные со значительными переменами и изменениями своей социальной жизни. Сюда входит переезд на новое место, смена социальных условий и адаптация к новой профессиональной среде. К вторичной адаптации относится изменение социального статуса из обычного школьника в воспитанника кадетского корпуса. Отсюда и вытекает привыкание к новым правовым условиям и адаптация к новым членам коллектива. Именно это отражает содержание вторичной адаптации.

Таким образом, именно максимальная защищенность воспитанников упрощает образовательный процесс и сохраняет позитивное отношение к обучению в кадетском корпусе. В связи с этим, воспитанники должны чувствовать себя максимально защищенными от психологических угроз во взаимодействии со стороны всех участников образовательного процесса.

Данные полученные на основании психологической диагностики с помощью методики: «Диагностика и экспертиза психологической безопасности образовательной среды» Баевой И.А.(адаптированной под данное исследование) были подвергнуты

корреляционному анализу с помощью параметрического критерия Пирсона (при достоверном $p < 0,05^*$). Количество испытуемых 50 человек (воспитанники седьмых классов одного из кадетских корпусов Сибири).

В ходе исследования было выявлено, что 56% воспитанников одного из кадетских корпусов Сибири имеют высокий уровень тревожности, что говорит о существовании психологических угроз образовательного пространства. На основе корреляционного анализа, можно сделать следующие выводы о взаимном влиянии показателей психологической безопасности.

Прямая взаимосвязь между данными выявлена по шкале «унижение от одноклассников и старшеклассников» компоненты психологической угрозы и по шкале «взаимоотношение с одноклассниками» компоненты образовательного пространства ($r = 0,487^*$). Можно сказать, что чем лучше у учащихся кадетского корпуса отношения с одноклассниками, тем больше они защищены от унижения со стороны одноклассников и старшеклассников.

Также была выявлена прямая взаимосвязь между шкалой «унижение от педагогов и воспитателей» компоненты психологической угрозы и шкалами «возможность обратиться за помощью» ($r = 0,504^*$) и «учет личных проблем и затруднений» ($r = 0,534^*$) компоненты образовательного пространства. Это говорит о том, что чем больше у учащихся кадетского корпуса развита возможность обратиться за помощью, и чем больше учитываются их личные проблемы и затруднения, тем больше они защищены от унижения со стороны педагогов и воспитателей. И наоборот.

Была выявлена взаимосвязь между шкалой «угрозы от педагогов и воспитателей» компоненты психологической угрозы и шкалами «взаимоотношения с педагогами и воспитателями», «возможность выразить свою точку зрения» ($r = 0,698^{**}$) и «уважительное отношение к себе» ($r = 0,539^*$) компоненты образовательного пространства. Таким образом, можно сказать, что учащиеся кадетского корпуса чувствуют себя уверенней, и защищены от угроз от педагогов и воспитателей, при положительных отношениях с преподавательским и воспитательским составом, а также когда могут свободно высказывать свою точку зрения и сохранять уважительное отношение к себе.

Кроме этого, прямая взаимосвязь была выявлена между шкалой «Игнорирования одноклассниками/старшеклассниками» ($r = 0,575^*$) компоненты психологической угрозы и шкалами «взаимоотношения с педагогами/воспитателями» и «уважительное отношение к себе» ($r = 0,587^*$) компоненты образовательного пространства. Можно сказать, что положительные отношения с педагогами и воспитателями, а также уважительное отношение к себе снижает угрозу игнорирования одноклассниками и старшеклассниками.

Результаты корреляционного анализа также позволяют сделать предположение о прямой взаимозависимости между психологической угрозой «недоброжелательного отношения педагогов/воспитателей», с характеристиками образовательного пространства: взаимоотношения с педагогами ($r = 0,673^{**}$), взаимоотношения с одноклассниками, ($r = 0,488^*$) возможность высказать свою точку зрения, ($r = 0,549^*$) а также уважительного отношение к себе ($r = 0,517^*$). Это говорит о том, что чем лучше у кадет взаимоотношения с педагогами и одноклассниками, а также когда присутствует возможность высказывать свою точку зрения и сохранять чувство уважения к себе, тем больше они защищены от недоброжелательного отношения среди педагогов и воспитателей.

Корреляционный анализ позволяет выявить прямую взаимосвязь между позитивным отношением к образовательной среде (общий показатель) и данными шкал «сохранение личного достоинства» ($r = 0,614^{**}$) и «возможность проявлять инициативу» ($r = 0,491^*$) компонент отношения к образовательной среде.

Корреляционный анализ показывает обратную взаимосвязь между нейтральным отношением к образовательной среде (общий показатель) и данными шкал «сохранение

личного достоинства» ($r=-,571$) и «возможность проявлять инициативу» ($r=-,581^*$) компонент отношения к образовательной среде. Можно сказать, что положительное влияние на учащихся оказывает позитивная среда, при нейтральном и негативном отношении к образовательному пространству, у воспитанников кадетского корпуса возникают трудности сохранения личного достоинства и возможности обратиться за помощью.

Также выявлена прямая взаимосвязь между когнитивным позитивным (ценностно-личностная среда) и эмоционально позитивным отношением к образовательной среде (настроение, внутренний настрой, желания) ($r=,614^{**}$) и между данными шкалы «сохранения личного достоинства» компонент образовательного пространства. ($r=,513^*$) Чем более позитивней ценностно-личностная среда у учащихся, тем больше проявляется возможность сохранения личного достоинства. В ситуации когнитивного нейтрального отношения, (нейтральная ценностно-личностная ориентация) возможность сохранения личного достоинства уменьшается.

Также корреляционный анализ показывает, что при эмоционально негативном и эмоционально нейтральном отношении (настроение, внутренний настрой, желания) возможность сохранения личного достоинства уменьшается. ($r=-,598^*$)

Подводя итог исследованию, описанному выше можно сделать вывод, что в целом, обучение в кадетском корпусе вызывает позитивное отношение со стороны воспитанников (84% испытуемых положительно относятся к обучению в военно-интернатном учреждении). Таким образом, чем позитивней отношение воспитанников седьмых классов к образовательному пространству, тем сильнее они защищены от психологических угроз (негативное отношение, игнорирование, унижение) со стороны одноклассников/старшеклассников и педагогов/воспитателей. Кроме этого, благодаря описательной статистике удалось выявить наиболее приоритетные характеристиками образовательного пространства закрытого интернатного учреждения такие как: взаимоотношения с педагогами, воспитателями и одноклассниками, старшеклассниками, возможность проявлять инициативу, возможность высказывать свое мнение, учет личных проблем и затруднений, возможность обратиться за помощью. В условиях военной дисциплины воспитанники испытывают переживание психологической небезопасности в проявление инициативы и творческих способностей, испытывают страх негативного отношения со стороны педагогов, воспитателей и одноклассников, старшеклассников, а также испытывают страх в обращении за помощью и поддержкой.

Список литературы:

1. Баева И.А Психологическая безопасность в образовании / И.А. Баева. – СПб: Союз, 2002. – 270с.
2. Баева И.А. Психологическая безопасность образовательной среды и психическое здоровье ее участников // «Психология в педагогической деятельности: традиции и инновации» // Материалы научно-практической конференции, посвященной 85-летию психологической науки в университете им. А.И. Герцена.-2010.-С. 193-197.
3. Баева И.А., Гаязова Л.А. Психологическая безопасность образовательной среды школы и ее психолого-педагогическое сопровождение. Электронный журнал «Психологическая наука и образование».№ 3.-2013г.- [Электронный ресурс]- Режим доступа: www.psyedu.ru / ISSN: 2074-5885 /
4. Залевский Г.В., Залевский В.Г., Кузьмина Ю.В. Антропологическая психология: биопсихосоциогенетическая модель развития личности и ее здоровья // Сибирский психологический журнал. – Вып.33. – 2009.

5. Психология детства: Практикум: Тесты, методики для психологов, педагогов, родителей (под ред. Реана А.А.) серия: Мэтры психологии Олма-Пресс, прайм-Еврознак, 2004 г. - 224 стр.

6. Эксакусто Т.В., Лызь Н.А. Психологическая безопасность в проблемном поле психологии // Сибирский психологический журнал. – Вып.37. – 2010.

РАЗДЕЛ 6. РАБОТЫ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

УДК 159.9: 316.6

СУБЪЕКТИВНОЕ КАЧЕСТВО ВЫБОРА СТУДЕНТОВ СПЕЦИАЛЬНОСТИ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Р.М.Аббасова, Е.И.Стоянова

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

В контексте нашего исследования выбор рассматривается в рамках конкретных психологических школ и направлений. В гуманистическом направлении в психологии процесс выбора рассматривается как процесс метамотивации. А.Маслоу в своей теории раскрывал категорию личностного выбора в контексте соотношения «дефицитарной» мотивации и «бытийной» метамотивации, а также соответствующих потребностей и ценностей (Маслоу, 2010).

Отечественные психологи, в частности Д.А.Леонтьев, выбор определяют как «особого рода внутреннюю деятельность, имеющую свою мотивационно-смысловую и операциональную структуру, инструментальные средства и динамику формирования и развертывания» (Леонтьев, 2009).

Философская мысль раньше, а психологическая позже пришли к определению человека, в том числе как существа, производящего выбор. При этом первоначально понятие выбора звучало как описательное для характеристики свободы, личности, воли. Позднее понятие выбора стало самостоятельной категорией психологического и философского знания.

Одним из первых обращений к данному вопросу в контексте русской философской мысли встречается у В.С.Соловьева. Автор, связывая свободу воли со свободой выбора, определял выбор как выбор между большим количеством желаний, выбор, который предстоит сделать человеку: он свободен, и он соответствует личностному принципу (Соловьев, 2001).

С точки зрения авторов экзистенциального и гуманистического направления в философии, психологии, выбор рассматривается как способность и готовность брать на себя ответственность за реализуемый выбор. В трудах русских философов М.М.Бахтина, М.К.Мамардашвили отражены представления об эмоциональной составляющей выбора человека, что проявляется в способности брать на себя ответственность за реализуемый выбор. М.М.Бахтин в своей книге «Философия поступка» определяет, что каждая мысль человека есть индивидуальный и ответственный поступок человека. Вслед за этим мы склонны рассматривать выбор человека как своего рода поступок (Бахтин, 1986).

Прежде всего, отметим, что в работах В.Франкла, который является одним из самых ярких представителей экзистенциальной психологии, рассматриваются понятия «свободы» и «ответственности» как ключевые при осуществлении выбора, при нахождении и реализации смысла жизни. Он считает, что на человеке лежит ответственность за решение, за выбор, какие из возможностей реализовать, а какие оставить нереализованными (Маслоу, 2010).

Изложенный материал показывает, что в ходе анализа представлений о готовности к осуществлению выбора выявлены наиболее существенные характеристики: выбор рассматривается как показатель, определяющий высокую степень необходимости и желания человека в осуществлении предстоящего выбора, развитость волевой характеристики реализовать человеку из многообразия возможных выборов сделать наиболее правильный.

Исследование субъективного качества выбора проводилось на студентах 1 курса специальности клиническая психология, выборка исследования 18 человек .

1) Определение субъективного качества выбора. Методом исследования выступил методический прием «Субъективное качество выбора», предложенный Д.А. Леонтьевым и Е.Ю. Мандриковой. Методический прием построен по типу семантического дифференциала Ч. Осгуда состоит из 31 пары словосочетаний, находящихся в оппозиционных отношениях, которые нужно оценить по 7-балльной шкале, причем 20 пар из них описывают особенности процесса принятия решения (предлагаемые словосочетания являются продолжением фразы «Я сделал (-а) этот выбор...») и 11 пар описывают субъективное отношение к своему выбору и к принятому решению (предлагаемые словосочетания являются продолжением фразы: «Принятое мной решение...») Этот прием позволяет получить качественную информацию о процессе выбора, субъективном отношении к процессу и к результату выбора, т.е. описывает феноменологическое «качество» выбора

В ходе исследования нами были выделены три группы студентов: выбор делается с опорой на окружающих (80 %) , выбор реализуется в большей степени ситуативно у (19%) , выбор реализуемый после совета близких из общей выборки испытуемых (1%)

В ситуации субъективного качества выбора у студентов, выбор проявляется через следующие основные концепты: «уверенно», «с чувством правоты», «ответственно», «с опорой на себя», «самостоятельно», «смело и решительно», «рассчитывая только на себя», «учитывая последствия выбора», «взвешивая все «за и против»», «опираясь на свои ценности», «выбор реализуется с удовольствием».

Минимальное значение субъективного качества выбора испытуемые придают следующим концептам: «рационально», «с чувством тревоги», «вдумчиво», «бесконфликтно», «легко и просто», «стараясь поскорее это сделать и видя несколько вариантов».

Студенты, оценивают ситуацию более однозначно и определенно. Студенты демонстрируют наибольшую определенность в выборе концептов, что может свидетельствовать об однозначной позиции испытуемых в отношении субъективного выбора, которая реализуется ими в разных жизненных ситуациях. Субъективно принятое решение определяется в следующих основных концептах: «принятое решение – однозначно», «динамично и продвигает меня вперед», «значимо», «свободно». Слабо выраженная позиция субъективно принятого решения выражается в следующих концептах: «уменьшает неопределенность», «естественно», «обратимо», «гармонично», «безопасно», «оригинально». Студенты, реализуют выбор как расширение пространства возможностей («выбор реализуется уверенно», «рационально», «с чувством правоты», «ответственно», «смело и решительно», «взвешивая все «за и против», «опираясь на свои ценности», «видя несколько вариантов»).

Список литературы

1. Бахтин, М. М. К философии поступка // Философия и социология науки и техники. – М.: Наука, 1986 – С. 80–160.
2. Леонтьев, Д. А. Пилипко Н.В. Выбор как деятельность /Д.А.Леонтьев., Н.В. Пилипко //Вопросы психологии. –1995.- №1.- С.7–16

3. Ломов, Б. Ф. Проблемы и стратегия психологического исследования / Б. Ф. Ломов.- М.:Наука, 1999.-204 с.
4. Маслоу, А. Новые рубежи человеческой природы / А.Маслоу.- М.: Смысл, 1999.- 425 с.
5. Соловьев, В.С. Различные точки зрения на свободу воли: эмпирическое исследование вопроса: глава IX работы В.С.Соловьева «Критика отвлеченных начал», его докторской диссертации, защищенной в СПбУ; Публикуется по Соловьев В.С.: полное собрание сочинений и писем в двадцати томах: сочинения. Том третий. 1877-1881.-М: Наука, 2001, С. 76-89.

УДК 159.942.5 : 616–001: 159.944.4

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О БУДУЩЕМ У ЛИЦ С ПАНИЧЕСКИМИ И ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Андрющенко Т.Е., Живаева Ю.В., Калиновская К.С.
Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
ФГБОУ ВПО «Сибирский Федеральный Университет»
Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

В условиях современной быстро меняющейся реальности мы можем говорить о большем количестве стрессоров и растущей потребности в быстрой адаптации к новым условиям, что само по себе повышает уровень напряжения полностью психически здоровых индивидов и сильно затрудняет положение для людей с нарушениями адаптации и пограничными состояниями.

Тревога и страх являются адаптационными функциями. Они мобилизуют энергию и запускают в организме защитные реакции против опасности: бегство или нападение. Страх является одной из базовых отрицательных эмоций, к числу которых относят те эмоции, которые имеют глубокие филогенетические корни, т.е. имеются не только у человека, но и у животных. Паника связана с практически постоянно повышенным уровнем тревожности, что негативно сказывается на психическом здоровье и здоровье в целом. При этом в настоящее время панические и тревожно-фобические расстройства относятся к одним из наиболее распространённых форм пограничных состояний. По данным статистики около 6% людей страдают данными видами тревожных и тревожно-фобических расстройств в разные периоды своей жизни. Особый интерес представляют панические расстройства, выраженные в панических атаках, которыми страдает от 1,5 до 3% населения, и тревожно-фобические, выраженные в интенсивном страхе, как наиболее ярко протекающие (Пивоварова, 2005).

Относительно представлений о будущем исследователи используют равнозначную категорию «образ будущего», которая трактуется как «синтез когнитивных и эмоциональных процессов, в ходе которых осознаются и наделяются смыслом и эмоциональной окраской события прошлого и прогнозируемые события и обстоятельства будущего». К. Левин одним из первых начал разрабатывать вопрос субъективного времени и представлений. Он ввёл категорию временной перспективы, которую понимал как «полную совокупность представлений индивидуума о своём будущем, настоящем и прошлом, существующую в данный момент времени». Таким образом, представления о будущем являются частью временной перспективы индивида (Карвасарский, 2010).

Исследования, связанные с построением картины будущего, разрабатывались в русле изучения психологического времени человека и его жизненного пути. Основу для этого подхода заложили в своих работах С.Л. Рубинштейн и Б.Г. Ананьев, через которые наука обогатилась рядом терминов, описывающих представления человека о собственном будущем: жизненные планы, жизненная перспектива, образ будущего, жизненная программа и др.

Современное определение невроза звучит следующим образом: «Неврозы — группа заболеваний с нерезко выраженными нарушениями психической деятельности, возникновение, течение, компенсация и декомпенсация которых определяются преимущественно психогенными факторами (Снежневский, 1985).

Тревога, возникающая и при паническом, и при тревожно-фобических расстройствах, является декомпенсаторной, разрушающей здоровую деятельность. Она, таким образом, причисляется к признакам невроза. Поэтому мы можем причислять оба расстройства к группе неврозов.

В связи с повсеместным использованием МКБ-10 на данный момент употребляется термин «паническое расстройство». Паническое расстройство, эпизодическая пароксизмальная тревожность, — это психическое расстройство, характеризующиеся спонтанным возникновением панических атак, выражающихся во внезапной тревоге, не связанной с объективной ситуацией, в сочетании с вегетативными симптомами от нескольких раз в год до нескольких раз в день и ожиданием их возникновения (МКБ-10. 1994, Шейдер, 1998).

Панические атаки – это внезапный приступ тревоги и страха, сопровождаемые рядом вегетативных проявлений, таких как чувство удущья, тошнота, потливость, чувство жара или озноба и т.д. Кроме того, как вторичное явление часто присутствует боязнь умереть, потерять контроль над собой или сойти с ума. При паническом расстройстве с агорафобией панические атаки случаются в «потенциально опасных» местах, т.е. местах, где получить помощь или сбежать из них не представляется возможным (самолеты, трамвай, на улице и т.д.) (Александровский, 2007, Карвасарский, 2010).

Учёные также определили зоны мозга, которые задействованы во время панических атак. Данные о роли серотонина в патогенезе панических расстройств получены в фармакологических исследованиях (Ловик). Около 10-12% популяции испытывают единичные ежегодные приступы паники. 80% хотя бы раз в жизни испытывали паническую атаку. Но это не означает, что все больны паническим расстройством. Только у меньшей части популяции данное состояние ведет к нарушению социальной адаптации, чрезмерному стрессу и изменению привычного ритма жизни. Женщины страдают от панических атак чаще, чем мужчины (Александровский, 2007).

Приступы чаще возникают у людей, обладающих определенными личностными особенностями. Так, среди женщин преобладают личности, которым свойственна демонстративность, преувеличенная потребность привлечь к себе внимание и жажда признания. В своем поведении они нередко рисуются, преувеличивая чувства, стремятся заинтересовать собой и быстро остывают к тем, кто не проявляет к ним той степени участия, которой они ждут (так называемые гистрионные личности). У мужчин нередко выявляется совершенно иной тип патохарактерологии – то, что именуется «ипохондрией здоровья». Речь идет об особом, напряженном интересе к своему физическому самочувствию. Для них важно постоянно заниматься оздоровлением и ощущать себя в отличной форме.

Часто можно проследить связь панического расстройства с пережитыми отрицательными эмоциями в детстве. Примерно у половины детей, страдающих школьной

фобией (т. е. страхом перед школой), при взрослении появляются симптомы панических атак (Нюттен, 2004).

Тяжёлые утраты (смерть близких людей, развод) чаще выявляются в анамнезе у больных паническим расстройством, чем у больных с монополярной депрессией. Средний возраст начала панического расстройства - 20-25 лет []. М.Ф. Фурсова выделяет три группы эмоциональных реакций во время приступа: эмоциональные фобии (страх смерти, страх инсульта, страх сойти с ума), дисфорические проявления (агрессия, обида, раздражительность) и депрессивные (тоска, подавленность, жалость к себе) (Фурсова, 2006).

Фобические тревожные расстройства – рубрика F40 в МКБ-10. Фобические расстройства характеризуются навязчивым, необъяснимым или преувеличенным страхом перед какими либо предметами, ситуациями или физиологическими проявлениями, которые по существу не могут быть причиной страха и тревоги (МКБ-10, 1994).

Приступ фобии вызывает у человека резкое беспокойство, потливость и учащенное сердцебиение. Страдающие фобией люди отдают себе отчет, что этот острый страх чрезмерен и безоснователен, но продолжают испытывать беспокойство, облегчить которое можно, только не сталкиваясь с объектом фобии. Потребность избегать определенных ситуаций может существенно ограничить возможности человека пробовать в жизни что-нибудь новое. Обычно фобии развиваются в позднем детстве, юности или ранней молодости. Фактор риска зависит от разновидности фобии. Образ жизни значения не имеет.

Ю.А. Александровский относит фобии к навязчивым состояниям и описывает их следующим образом: «...больные боятся смерти от какой-либо определенной причины, боятся темноты, закрытых пространств (например, театрального зала, из-за чего не посещают театр), острых предметов (которыми они будто бы могут нанести себе порезы), рукопожатия или прикосновения к дверям («чтобы не заразиться»), покраснения лица и многого другого.

Страхи накладывают определенный отпечаток на все поведение больных, оно нередко вызывает насмешки окружающих, особенно в тех случаях, когда больные совершают защитные от навязчивостей действия — ритуалы. Действительно, странно видеть человека, который, чтобы «нечаянно не выброситься из окна», спит в коридоре, где нет окон, а двери в другие комнаты запирает на ключ. Или, поднимаясь по лестнице, «чтобы не упасть и не сломать ногу», через каждые три ступеньки останавливается и производит своеобразный «ритуальный обряд» — два раза подпрыгивает на одной ноге. Страх заболеть, например, раком побуждает больных ходить от врача к врачу, не веря, что они здоровы, настоятельно просить сделать им операцию. К особому виду фобий относятся навязчивые опасения, связанные с профессией. Так, например, у актеров иногда развивается страх, что на сцене они «забудут текст роли», «упадут в оркестровую яму» и т.п. Попытки преодолеть эти состояния обычно сопровождаются одышкой, обильной потливостью, расширением зрачков, бледностью лица и другими вегетативными расстройствами» (Александровский, 2007).

Мы можем говорить о том, что тревожное ядро, являющееся основой обоих расстройств будет влиять на чёткость восприятия и адекватность апперцепции (Александровский, 2007, Жане, 1911, Зейгарник, 1981). Человек может ставить неадекватные, невыполнимые задачи или не ставить задач вовсе. Карвасарский говорит об аффективной дезорганизации при неудачах у больных невротами, к которым относятся как паническое, так и тревожно-фобические расстройства. Это может проявляться как в форме «умственной жвачки», так и в форме отказа выполнения заданий и самоуничтожения (Зейгарник, 1981).

Таким образом, представления о будущем и тревожное ядро болезни каким-то образом связаны. Мы не знаем характеристик этой связи: присутствуют ли изначально дезорганизованные представления о будущем, в следствие чего возникает тревога, или же тревога дезорганизует представления о будущем.

Также есть данные, позволяющие сделать вывод, что у лиц с тревожно-фобическими расстройствами также присутствуют нарушения антиципации, как и у лиц с паническими расстройствами. Так как при нарушении прогнозирования наблюдаются и нарушения образа будущего, у обеих групп предполагается низкая насыщенность событиями представлений о будущем. Столь яркие проявления обоих расстройств, могут привести к негативным представлениям о будущем.

Исследование было проведено на двух группах испытуемых по 12 человек. В первой группе находились лица, испытывающие панические атаки, в возрасте от 20 до 50 лет, 11 женщин и 1 мужчина, во второй группе находились лица, страдающие от тревожно-фобических расстройств, в возрасте от 20 до 43 лет, 11 женщин и 1 мужчина.

Методики исследования:

- Методика исследовательского интервью;
- Каузометрический метод А. Кроника и Р. Ахмерова (Кроник, Ахмеров, 1982);
- Методика Коттла (Кроник, Ахмеров, 1982);
- Методика незаконченных предложений Сакса-Леви (Sachs, Levy, 1950).

В ходе исследования выявлены следующие результаты: у обеих групп преобладают позитивные представления о будущем. Однако группой испытуемых с паническими атаками представления о будущем, в отличие от группы испытуемых с фобиями, воспринимается автономно от настоящего, и предположительно испытуемые не видят способа перехода от неблагоприятного или однообразного настоящего к более благополучному будущему.

Испытуемые с фобиями демонстрируют позитивное восприятие будущего, где будущее, настоящее и прошлое представлены наложенными друг на друга кольцами. Это означает, что испытуемые воспринимают свои прошлое, настоящее и будущее как стабильные, где они не предполагают изменений в своих планах на будущее.

Представители обеих групп имеют низкий уровень насыщенности представлений о будущем. Испытуемые с паническими атаками в методике незаконченных предложений описывают будущее как позитивное, как и испытуемые с фобиями. Представление о будущем является позитивным у обеих групп.

Далее мы сравнили обе группы по 9 признакам для нахождения статистических различий: различия в выделении событий, находящихся в наибольшем и наименьшем количестве межсобытийных связей, выделяемых в прошлом и будущем (4 признака), различия в уровне насыщенности представлений о будущем, отношении к будущему, позитивное описание будущего в методике незаконченных предложений, позитивный образ себя в будущем, связность восприятия будущего и настоящего. Найдя статистические различия или их отсутствие мы сможем выделить, чем представления о будущем у лиц с паническим и тревожно-фобическим расстройствами сходны и чем различны.

У обеих групп представление о будущем имеет низкий уровень насыщенности, по критерию Фишера значимых различий нет ($\varphi^*_{эмп} = 1.582$), это означает, что представления о будущем у обеих групп обладают низким уровнем насыщенности. По отношению к будущему по результатам значений в методике незаконченных предложений значимых отличий обнаружено не было ($\varphi^*_{эмп} = 1.582$ по критерию Фишера), что означает, что обе группы в целом видят будущее как позитивное. По описанию будущего испытуемыми в методике незаконченных предложений также нет значимых различий ($\varphi^*_{эмп} = 0.818$).

Представители обеих групп показывают достоверные различия в описании образа себя в будущем, группа лиц с паническими атаками видит себя в будущем неблагоприятно ($F^*_{эмп} = 1.69$ по критерию Фишера).

Получены достоверные различия в связности образов прошлого, настоящего и будущего (по критерию Фишера): испытуемые с фобиями воспринимают данные отрезки как единую линию времени, связывают их в некоторую продолжительность, в отличие от лиц с паническими атаками. Лица с паническими атаками воспринимают настоящее и будущее несвязно. Это – различие между представлениями о будущем у лиц с паническим и тревожно-фобическими расстройствами.

Наши данные показывают, что представления обеих групп являются позитивными, что может быть связано с невротической природой обоих расстройств: будущее кажется чрезмерно позитивным, в будущем всё получается.

Также представление о будущем у лиц с паническими расстройствами оказалось несвязанным с представлением о настоящем, в отличие от группы лиц с фобиями, где представление о будущем было связано с настоящим. Это может являться показателем влияния механизма расстройства на представления: мы наблюдаем, что у испытуемой с паническими атаками, длящимися около трёх месяцев, представления о будущем по кругам Коттла выглядят согласно возрастной норме для здоровых лиц 15-24 лет. (Краснянская, 2012). Эта испытуемая также описывала себя в позитивном ключе в будущем в отличие от большинства испытуемых с паническими атаками, которые обладают негативным образом себя в будущем. Возможно данные показатели являются осложнением панического расстройства: чем больше «стаж» расстройства, тем менее логически связанными в сознании испытуемого являются представления о будущем и настоящем.

Лица с паническими атаками и лица с тревожно-фобическими расстройствами выделяют незначительно различающееся количество событий в категории наиболее важных, принадлежащих к каждому времени. Это будет являться сходством представлений о будущем у лиц с паническим и тревожно-фобическими расстройствами (по критерию Манна-Уитни).

Таким образом, мы можем сделать заключение по гипотезе. Согласно гипотезе мы предполагали, что уровень насыщенности представлений о будущем у лиц с тревожно-фобическими и паническим расстройствами будет низким, и представления о будущем у лиц с паническим и тревожно-фобическими расстройствами будут негативными. Представление о будущем у лиц с тревожно-фобическими и паническим расстройствами оказались позитивными, а уровень насыщенности представлений о будущем – низким, наша гипотеза не подтвердилась.

На основании данных исследования мы имеем возможность сформулировать следующее:

- 1) Представление о будущем у лиц с паническими атаками является позитивным с низким уровнем насыщенности событиями, представление о будущем является несвязным с настоящим по методике Коттла.
- 2) Представление о будущем у лиц с тревожно-фобическими расстройствами является позитивным с низким уровнем насыщенности событиями, представление о будущем является связным с настоящим по методике Коттла.
- 3) Таким образом, у обеих групп представления о будущем являются позитивными с низким уровнем насыщенности событиями, но у группы лиц с паническими атаками представление о будущем несвязно с настоящим по методике Коттла, в отличие от группы лиц с тревожно-фобическими расстройствами.

Итак, мы получили данные, согласно которым уровень насыщенности представлений о будущем у лиц с паническими атаками и лиц с тревожно-фобическими

расстройствами не отличается и является низким. Это подтверждается научными данными: «...во – вторых, недостаточность сформированности представлений человека о своем будущем выражается в неадекватности жизненных целей, а также в степени конкретизации жизненных планов» (краснянская), согласно исследованию Голосовой А.Ю, описанном в её статье «Самовосприятие и образ будущего у пациентов с паническими атаками», касательно образа будущего «характерна неопределенность, туманность и размытость его представлений (Голосова, 2013), и наконец исследование Головиной А. Г «Прогностическая компетентность подростков, страдающих фобическими расстройствами» показало, что «при всех выделенных типах фобий и в выборке в среднем показатели вероятностного прогнозирования достоверно не достигали нормативных (Головина, 2011).

Результаты нашей работы можно использовать в практике работы с взрослыми с паническим и тревожно-фобическими расстройствами в рамках работы с антиципацией будущего клиентами, возможно работой над созданием клиентом совместно с психологом или психотерапевтом привлекательных реально достигаемых событий будущего для терапии наличествующих расстройств.

Список литературы:

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. Учебное пособие.//М., 2007г
2. Головина А.Г. Прогностическая компетентность подростков, страдающих фобиями//Сибирский вестник психиатрии и наркологии, Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томск, 2011
3. Голосова А.Ю. «Самовосприятие и образ будущего у пациентов с паническими атаками». //Личность в экстремальных условиях жизнедеятельности №3, 2013
4. Жане П. Нервозы/пер.с франц. М., 1911, стр 164
5. Зейгарник Б. В. Теория личности Курта Левина. — М.: Изд-во московского университета, 1981.
6. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология.//СПб, Питер, 2010 – 864
7. Краснянская Т. М., Тылец В. Г. Время как интерпретационная категория психологического пространства безопасности личности студента // Вестник Пятигорского государственного лингвистического университета. — 2012. — № 3. — С. 221–225.
8. Кроник А., Ахмеров Р.Каузометрия. Методы самопознания, психодиагностики и психотерапии в психологии жизненного пути//Смысл, 2008
9. МКБ-10 Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. ВОЗ/Пер. с англ. Под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. –М: СПб, Адис, 1994.
10. Нюттен Ж. Мотивация, действие и перспектива будущего.// Смысл, 2004
11. Пивоварова А.М., Белоусова Е.Д. Панические атаки.//Трудный пациент, №12, 2005.
12. Снежневский А.В. Справочник по психиатрии.2-е изд., перераб. и доп.// М.: Медицина, 1985. — 416 с.
13. Фурсова М.В. Комплексное лечение панического расстройства.// Лечащий врач. №3, 2006, С.84-86.
14. Шейдер Р. Психиатрия. – М.: Практика, 1998. – 496 с.
15. Lovick T.A. Panic Disorder-A Malfunction of Multiple Transmitter Control Systems within the Midbrain Periaqueductal Gray Matter // Neuroscientist, February 2000 vol. 6, №1.

16. Sachs J.M., Levy S. The sentence completion test // Bellak L. (ed.) Projective psychology. - N.Y.: Knopf, 1950. - P. 357-397.

УДК159.944.4

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА КОРРЕКЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ

О.А. Анжина, Ю.М.Казимова, С.П. Иванова

Федеральное Государственное Бюджетное Образовательное Учреждения Высшего
Профессионального Образования «Национальный Исследовательский Томский
Государственный Университет»

Факультет психологии

Здоровье человека уже давно исследуется специалистами из различных областей научного знания (Абрамова, 2003; Брехман, 1990). В соответствии с логикой системного подхода, здоровье является компонентом целостной личности, детерминированным рядом многоуровневых факторов, в том числе развитием общества, изменяющим условия и ритм жизни человека, а также, образом жизни и социальными функциями, которые определяются во многом профессиональной деятельностью человека (Тихомирова, 2007).

Одним из проявлений влияния профессиональной деятельности на личность специалистов помогающих профессий, а особенно социальных работников, является синдром «эмоционального выгорания», который широко известен и исследуется современными психологами различных направлений. Феномен выгорания является острым кризисным состоянием. Он свойственен людям, которые постоянно сталкиваются с негативными переживаниями других людей и оказываются в большей или меньшей степени личностно вовлечёнными в них. Под эмоциональным выгоранием в настоящий момент понимается состояние физического, эмоционального и умственного истощения, которое наблюдается у специалистов социальной сферы в связи с особенностями их профессиональной деятельности (Лэнгле, 2008).

Социальный психолог К. Маслач определила основную причину выгорания – это, по ее мнению, эмоциональная перегрузка, вызванная особенностями взаимоотношений между специалистом социальной сферы и его клиентом, «тем, кто оказывает помощь и тем, кто ее получает». Характерной чертой для социальных работников является асимметрия ответственности за состояние, характер взаимодействия и его результаты для обеих сторон. Ответственность, в значительно большей мере, ложится, на плечи так называемого, «помогающего»; именно он в контексте взаимодействия осознанно принимает ее на себя (Maslach С., 1997).

Как известно, эмоциональное выгорание является динамическим и поступательным процессом. Оно включает в себя три основные составляющие, которые приобретаются и проявляются поэтапно: эмоциональная истощенность, деперсонализация и редукция профессиональных достижений (Орел В. Е., 1997).

В настоящий момент проводится множество различных исследований и мероприятий для повышения эффективности диагностики и профилактики, а также лечения эмоционального выгорания на разных стадиях. Так как, переживание синдрома связаны с изменением смысловых жизненных ориентиров и неудовлетворенностью личности в самореализации, на наш взгляд, оказание психологической помощи желательно осуществлять с позиций гуманистического подхода. Арт-терапевтические техники, как известно, эффективны в исследовании и преодолении кризисных ситуаций, а также в качестве социально-психологической помощи и поддержки, в повышении уровня жизнестойкости личности. Как метод психологической помощи, арт-терапия существует

очень давно. Термин арт-терапия образован от английских слов “art” – “искусство, мастерство” и “therapy” – “лечение, терапия” и дословно понимается как терапия искусством. Арт-терапия – это психотерапевтический метод, основывающийся на творческом самовыражении личности (Винокур В.А., 2010).

Таким образом, для решения актуальной проблемы, а именно высокого риска эмоционального выгорания среди сотрудников социальной сферы, нами была разработана программа группового терапевтического вмешательства.

В программе реализовывались приемы когнитивно – поведенческой терапии, гештальт подхода, телесно-ориентированной психотерапии, основу программы, а также методы арт-терапии. В работе использовался так называемый метод «экспрессивной терапии». Это комплекс разнообразных форм творческого самовыражения с применением движения, рисования, живописи, скульптуры, музыки, письма, вокализации, импровизации, — в условиях, обеспечивающих поддержку человека с целью стимулирования его личностного роста, развития.

Оценка эффективности программы производилась посредством диагностики социальных работников до участия в программе по профилактике эмоционального выгорания при помощи опросника «Профессиональное (эмоциональное) выгорание» разработанного на основе трехфакторной модели К. Маслач и С. Джексона и адаптированного Н. Водопьяновой и Е. Старченковой. Повторная диагностика проводилась через месяц после прохождения данной программы профилактики.

По результатам диагностики можно говорить об эффективности терапевтического воздействия, направленного на профилактику эмоционального выгорания у социальных работников, так как существуют значимые различия по субшкалам используемого опросника – «эмоциональное истощение» и «деперсонализация/ цинизм», что соответственно повлекло снижение общего показателя степени выгорания.

Описание программы профилактики эмоционального выгорания на разных стадиях у социальных работников.

Программа предназначена для повышения личностной устойчивости работников социальной сферы, через освоение методов самовосстановления, самоактуализации, приемов саморелаксации и эмоциональной «разгрузки», что будет способствовать сохранению и укреплению нормального состояния здоровья, а также является профилактической мерой выгорания.

Основными направлениями программы профилактики эмоционального выгорания являются: проведение группы тренингов, обучением приемам саморегуляции и саморелаксации, самомассажа, сказкотерапии, методами гештальт подхода, телесных практик, аутотренинга и повышение коммуникативных компетенций участников группы.

Цель программы: профилактика эмоционального выгорания на разных стадиях у служащих в социальной сфере, через формирование знаний, умений, навыков эффективной самостоятельной работы в борьбе с выгоранием.

Основными задачами данной программы является:

- 1) обучение самодиагностике эмоционального выгорания;
- 2) поиск адаптивных способов снятия эмоционального напряжения;
- 3) научение самостоятельному поиску психологических ресурсов;
- 4) освоение различных методов саморелаксации;
- 5) снятие существующего эмоционального напряжения;
- 6) проработка профессиональных трудностей, способствующих выгоранию;
- 7) формирование мотивации к трудовой деятельности.

Структура:

Программа включает в себя 2 дня занятий по 7 часов (общая продолжительность тренинга – 14 часов), которые проводятся в специально оборудованном для тренинговой формы работы психологическом кабинете. Занятия проводятся во второй половине дня.

Количество участников – не более 15 человек.

План программы:

1. Диагностика эмоционального выгорания при помощи опросника «Профессиональное (эмоциональное) выгорание» разработанного на основе трехфакторной модели К. Маслач и С. Джексона и адаптированного Н. Водопьяновой и Е. Старченковой. Интерпретация данных и разъяснение полученных результатов участникам группы.

2. Обсуждение предстоящей работы, знакомство с теоретическим материалом: формирование представлений о причинах, признаках и стадиях эмоционального выгорания, теоретическое знакомство со способами его коррекции, диагностики и профилактики.

3. Упражнения для снятия телесного напряжения: обучение саморелаксации, самомассажу, аутотренингу.

4. Работа с эмоциональным напряжением: формирование адаптивных способов эмоциональной разгрузки, обучение самодиагностике эмоционального состояния и способам совладения с актуальным состоянием.

5. Проработка стрессовых ситуаций, связанных с профессиональной деятельностью средствами сказкотерапии, телесных практик, а также при помощи методов гештальт-терапии.

6. Поиск ресурсов для продолжения активной профессиональной деятельности.

7. Теоретическое закрепление полученных знаний, умений и навыков.

8. Повторная диагностика эмоционального выгорания при помощи опросника «Профессиональное (эмоциональное) выгорание» разработанного на основе трехфакторной модели К. Маслач и С. Джексона и адаптированного Н. Водопьяновой и Е. Старченковой. Интерпретация данных и разъяснение полученных результатов участникам группы.

Тематический план занятий

№	Вид работы	Цель работы	Продолжительность
Первый день.			
1.	Знакомство участников, формирование представлений о групповой работе и правилах тренинга.	Формирование безопасных доверительных отношений в группе.	60 минут.
2.	Диагностика эмоционального выгорания при помощи опросника «Профессиональное (эмоциональное) выгорание» (в адаптации Водопьяновой и Е. Старченковой)	Выявление актуального уровня эмоционального выгорания у участников группы.	20 минут.
3.	Интерпретация данных и разъяснение полученных результатов участникам группы.	Формирование представлений о собственном уровне эмоционального выгорания у участников группы	40 минут.

4.	Теоретическое информирование участников группы о причинах, признаках и стадиях эмоционального выгорания, о способах коррекции, диагностики и профилактики.	Формирование представлений о проблеме эмоционального выгорания. Формирование мотивации к предстоящей работе через осознание важности темы тренинга.	60 минут.
5.	1. Обучение самомассажу шеи и плеч. 2. Теоретическое обучение и практическая проба основ аутотренинга. 3. Ознакомление с методом саморелаксации, основанном на отслеживании дыхания.	Снятие напряжения и знакомство с методами расслабления.	120 минут.
6.	Завершение групповой работы, рефлексия, обратная связь.	Формирование безопасного и доверительного климата в группе. Разбор возникших в процессе работы сложностей.	60 минут.
Второй день			
7.	Приветствие участников, обсуждение актуального состояния.	Формирование мотивации и позитивного настроения на дальнейшую работу.	60 минут.
8.	Упражнение «Я сердит» Упражнение «Шкала злости» Телесноориентированные практики работы с агрессией Аутотренинг Музыкотерапия Работа с рисунками «Мои эмоции»	Формирование адаптивных способов эмоциональной разгрузки, обучение самодиагностике эмоционального состояния и способам совладения с актуальным напряжением	120 минут.
9.	Сказкотерапия Дыхательные упражнения Техника «Пустой стул»	Проработка различных ситуаций посредством сказкотерапии, телесных практик, при помощи	120 минут

		методов гештальт - терапии	
10.	Аутотренинг «Настрой от конфликтных ситуаций» Рисунок «Мои ресурсы» Групповая работа с мотивами трудовой деятельности	Поиск новых личностных ресурсов	60 минут
11.	Теоретическое закрепление полученных знаний, умений и навыков, рефлексия, обратная связь.	Закрепление представлений о способах профилактики, диагностики и борьбы с эмоциональным выгоранием	30 минут
12.	Повторная диагностика эмоционального выгорания при помощи опросника «Профессиональное (эмоциональное) выгорание»	Выявление актуального уровня эмоционального выгорания у участников группы	20 минут.
13.	Интерпретация данных и разъяснение полученных результатов участникам группы.	Анализ эффективности тренинга и предложенных в нем методов коррекции эмоционального состояния	20 минут.
14.	Подведение итогов, прощание.	Ассимиляция полученного опыта и знаний	20 минут

Таким образом, данная программа способствует снятию эмоционального и телесного напряжения у ее участников, а также способствует его профилактике при дальнейшей трудовой деятельности.

Список литературы:

1. Maslach C., Leiter M.P. The truth about burnout: How organization cause personal stress and what to do about in. San Francisco, CA: Jossey-Bass? 1997
2. Абрамова, Г. С. Практическая психология. М.: Академический Проект, 2003. – 496 с.
3. Брехман, И. И. Валеология наука о здоровье. М.: Дрофа, 1990. – 127 с.
4. Винокур В.А. Методика психологической диагностики профессионального «выгорания» в «помогающих» профессиях. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. N 1. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 10.11.2015).
5. Тихомирова, И. А. Физиологические основы здоровья. Курс лекций по валеологии. Ярославль: ЯГПУ, 2007
6. Лэнгле, А. Person. Экзистенциально-аналитическая теория личности: Сборник статей: Пер. с нем. М.: Генезис, 2008. – 159 с.

7. Орел В.Е. Исследование феномена психического выгорания в отечественной и зарубежной психологии // Проблемы общей и организационной психологии. Ярославль, 1999. С. 76-97

УДК 159.923.3: 616.1

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Н.Н. Антропова, Н.В. Попенко, Е.Ю. Пелипецкая
Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Гипертоническая болезнь (ГБ) – одно из самых распространенных заболеваний населения в развитых странах и в настоящее время рассматривают как одну из болезней цивилизации (Сперанский И.И., 1961).

Гипертоническая болезнь – это заболевание, ведущим симптомом является повышение артериального давления выше 139/89 мм рт. ст., вследствие нервно-функционального нарушения тонуса сосудов. Гипертоническая болезнь относится к числу наиболее распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы, наблюдается у 10-15% всего населения Земли и составляет более 96% всех случаев артериальной гипертензии (Гребенев А.Л., 2001).

Актуальность исследования

В работах Г.Ф. Ланга, А.А. Мясникова и многих других ученых установлено, что гипертоническая болезнь развивается преимущественно у лиц, рабочая и обычная обстановка которых включает чрезмерное нервное напряжение, частые психические травмы, эмоциональное перенапряжение, переутомление нервно – психической сферы.

В исследовании В. Когана и Н. Шабалиной установлено, что в начальной стадии преобладают признаки эмоциональной возбудимости, которая проявляется в ригидности скоростной установки, преобладании быстрого темпа. При ГБ II стадии отмечается торможение ассоциативных реакций. В познавательной сфере наблюдается сужение объема сознания, замедление умственной работоспособности вследствие утомляемости (Коган В., Шабалина Н., 1969).

Отрицательные эмоциональные реакции повышают артериальное давление у здорового человека, но давление вновь становится нормальным, как только раздражители, вызывающие данные реакции ликвидированы. Для лиц, больных ГБ, характерно хроническое повышение артериального давления; в условиях же воздействия на них отрицательных раздражителей артериальное давление более повышается, что может привести к сердечно – сосудистым нарушениям (гипертоническим кризам, инсультам). (Меерсон Ф.М., 1981). По мнению В.П. Соколова и Г.Т. Ковалевской, длительное психоэмоциональное напряжение приводит к возникновению и развитию гипертонической болезни сердца.

Цель исследования: изучить психоэмоциональные особенности больных с гипертонической болезнью.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе городской клинической больницы №20 города Красноярска, в кардиологическом отделении. В исследовании приняли участие 24

человека, больных гипертонической болезнью. Из них четверо мужчин в возрасте 52-77 и 20 женщин в возрасте 54- 86, средний возраст 70 ± 1 лет. Оценка психоэмоционального состояния проводилось при помощи Цветового теста Люшера. Методика заключается в следующем, испытуемому предлагается выбрать из восьми разноцветных карточек те, которые ему наиболее симпатичны в данный момент, в убывающем порядке, т.е. испытуемый выбирает все цвета. Сущность метода заключается в определении цветовых предпочтений из предложенных восьми цветовых оттенков, по которым анализируется уровень тревоги испытуемого, мотивы и компенсационные механизмы его психоэмоционального реагирования (Чухнин Е.В., Амиров Н.Б., Халиуллина Л.А, 2005).

Результаты исследования и их обсуждения.

С помощью метода цветовых выборов (тест Люшера) были исследованы показатели тревоги, фактор работоспособности, фактор активности, определение основных целей, желаний, отрицательные и подавляемые потребности, источники стресса.

Наиболее предпочитаемыми цветами были синий и зеленый(40%), фиолетовый и желтый(33,3%) и коричневый(25%). Из этого следует, что выбор зеленого и синего цвета связано с тем, что пациенты пытаются справиться с гнетущим их напряжением, за счет волевого компонента, выбор синего цвета связан со стремлением к покою, без особых усилий воли. Зеленый цвет используется в цветотерапии, как уравнивающий и успокаивающий, он снимает напряжение при нервных срывах и переутомлении, влияет на сердечно-сосудистую систему, нормализуя сердечный ритм, пульс и давление. Вероятно, выбор данного цвета пациентами определялся стремлением компенсировать нарушенный сердечный ритм, а, возможно, на фоне повышенной тревожности он служил успокаивающим предпочтением (Михель Н.Д,2012). Синий цвет также устраняет тревожно - фобические расстройства и раздражительность. Выбор фиолетового цвета свидетельствует о потребности личности в уходе от реальной действительности, нереальных требованиях к жизни (А.Н.Чуднова, 2011). Желтый цвет означает потребность в эмоциональной вовлеченности и защищенности. Последний цвет в методике Люшера символизирует подавляемые потребности и причину эмоциональной нестабильности, среди пациентов чаще был выбран черный цвет(16 человек), символизирующий склонность к авторитарности, контролю действий и решений, амбициозность и стремление не зависеть от запретов, что может служить дополнительным стрессовым воздействием (В.В. Драгунский, 1999).

По результатам исследования было получено, у 11 человек из 24 выявлена тревожность, у 5 легкая тревожность, 4 - умеренная, у 2х-повышенная. Показатель тревоги 45,8%. У 8 человек пониженный уровень работоспособности. Фактор работоспособности (33,3%). У 12 человек – низкий уровень активности. Фактор активности(50%). У 13 человек выявлено незначительная напряженность. Для гипертонических больных характерно устойчивая склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие и реагировать на такие ситуации состоянием тревоги.

Основными источниками стресса для больных с гипертонической болезнью являются ярко выраженная подверженность внешним раздражителям (44%), стресс, вызванный нежелательными ограничениями (28%), стресс, вызванный расстройствами из-за неблагоприятной обстановки (12%). Это связано, прежде всего, сжеланием преодолеть чувство пустоты и отстраненности от других. Происходит возмущение любым ограничениям, которые навязываются, возникает желание избавиться от препятствий и действовать свободно и не уступать запретам и ограничениям (Макс Люшер, 2008).

Таким образом, в результате исследования больных гипертонической болезнью с использованием цветового теста Люшера было установлено, что больные нуждаются в более надежном и безопасном положении для того, чтобы ощутить уверенность в себе и восстановить свое здоровье. Пациентам присуща потребность в спокойной обстановке при

одновременном энергичном сопротивлении внешнему воздействию и стремлении к упрочению своего положения. Стремление к избеганию проблем и конфликтов, потребность в безопасности, физическом комфорте, отдыхе и покое.

Список литературы

1. Драгунский В.В. Полный цветопсихологический тест Макса Люшера - Минск Харвест.2008
2. Гребенев А.Л. Пропедевтика внутренних болезней: Учебник, 5-е изд. Перераб. и доп. М.: Медицина. 2001. 592с
3. Коган В., Шабалина Н. Психологические исследования при гипертонической болезни и симптоматической гипертонии,1969
4. Люшер М. Оценка личности посредством выбора цвета, 2008
5. Меерсон Ф.М. Адаптация, стресс и профилактика. – М., 1981
6. Михель Н.Д. Особенности личности и клинко- инструментальные показатели у пациентов с ФП,2012
7. Сперанский И.И. Роль нервного фактора в происхождении гипертонической болезни, 1961
8. Чуднова А.Н. Карточки Люшера - ключ к тайным пластам подсознания человека -М. АСТ,2011 - 157с.
9. Чухнин Е.В., Амиров Н.Б., Халиуллина Л.А.Статья взаимосвязь особенностей психоэмоционального реагирования (по тесту Люшера) и основных параметров variability сердечного ритма при ИБС и гипертонической болезни.2005

УДК 159.9: 316.6

СПЕЦИФИКА МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ В ОРГАНИЗАЦИИ

А.А.Биктимирова, Е.И. Стоянова
Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

В современных условиях возникает потребность в создании специфических технологий социального планирования, проектирования и прогнозирования развития персонала с целью оптимизации системы управления организации. Способность руководителя грамотно оценить человеческий потенциал, адекватно поставить цель и эффективно распорядиться ресурсами становятся главным фактором успеха организации. Перед руководством стоит задача управления группой людей, связанных между собой сложной системой межличностных отношений. Исследование особенностей межличностных отношений в коллективе способствует его оптимальной комплектации, предупреждению конфликтов, помогает контролировать процесс адаптации работников к должности, выявлять причины текучести кадров, определять эффективные формы воздействия на коллектив (Краснова, 2008).

Большой вклад в изучение феномена межличностных отношений внесли такие отечественные учёные как Г.М. Андреева, А.А. Бодалев, Л.С. Выготский, Д.М.Гвишиани, Л.Я.Гозман, А.И. Донцов, Н.Н. Обозов, В.А. Лабунский, В.Н. Мясищев, А.В. Петровский, П.Н. Шихирев, В.А. Соснин, Е.А. Красникова, Е.В. Андриенко, С.А. Валуев, Л.А. Уманский, Т. Шибутани и другие, в работах которых наиболее полно представлена характеристика межличностных и групповых отношений в социальной

организации, особенности их возникновения и развития, а также специфика их проявления в управленческой среде.

Межличностные отношения – это, с одной стороны, субъективно переживаемые взаимосвязи между людьми, объективно проявляющиеся в характере и способах взаимных влияний, оказываемых людьми друг на друга в процессе совместной деятельности и общения. С другой стороны, межличностные отношения представляют собой систему установок, ориентации, ожиданий, стереотипов и иных диспозиций, через которые люди осуществляют взаимное восприятие и взаимную оценку. В отличие от общественных, деловых отношений, межличностные отношения иногда называют психологическими или экспрессивными, подчеркивая их эмоциональную содержательность (Соснин, 2004).

Межличностные отношения, складывающиеся в трудовом коллективе, влияют на мотивы, цели, особенности планирования, реализации и другие компоненты совместной деятельности и определяют ее важнейшие внутренние факторы, такие как сотрудничество (взаимное содействие), соперничество (соревнование), подражание, внушение, эмоциональное взаимодействие (Обозов, 1998)

В современной психологической литературе (Савельева, 2011) принято считать, что удовлетворенность межличностными отношениями членов группы может регулироваться при помощи двух различных феноменов: совместимости партнеров, порождающей межличностную привлекательность и срабатываемости, порождающей удовлетворенность результатами – совместной деятельности. Феномены совместимости и срабатываемости лежат в основе формирования сплоченности группы. Сплоченная группа характеризуется усилением взаимодовольствующего общения между участниками, близостью мнений и ценностных ориентаций, что позволяет человеку чувствовать себя комфортно.

Также межличностные отношения участвуют в формировании такого обширного феномена как социально-психологический климат (В.М. Шепель, В.А. Покровский), который, в свою очередь, имея положительную полярность, является условием повышения производительности труда, удовлетворенности работников трудом и коллективом (Антонова, 2014).

Таким образом, сложно переоценить значение исследования особенностей межличностных отношений в организации.

Целью данной работы является исследование межличностных отношений работников организации.

В исследовании приняли участие 10 человек, являющиеся сотрудниками клинико-диагностической лаборатории КГБУЗ "Ачинская МРДБ".

В качестве метода исследования была использована методика диагностики межличностных отношений Т. Лири.

Полученные результаты представлены описывают существующие типы межличностных отношений, характерные для испытуемых ("Я реальное"), а также приведены результаты, описывающие желаемое поведение ("Я идеальное"), как тенденции личностного роста.

В ходе исследования, определено, что самые высокие показатели присвоены таким типам межличностного общения как авторитарный, эгоистичный и агрессивный. При этом у ряда показателей отмечается высокая (> 9 баллов) и экстремальная выраженность (> 13 баллов), что свидетельствует о наличии трудностей социальной адаптации. Такая тенденция подтверждается и данными по основным показателям.

Положительное значение результата, полученного по формуле "доминирование", свидетельствует о выраженном стремлении человека к лидерству в общении. Отрицательный результат по формуле "дружелюбие" указывает на проявление

агрессивно-конкурентной позиции, препятствующей сотрудничеству и успешной совместной деятельности.

Важно отметить, что у одного из респондентов выявлена обратная тенденция. Для него характерно преобладание конформных установок, неуверенность в себе, заниженная самооценка, податливость мнению окружающих, склонность к компромиссам, неудовлетворенность собой.

По результатам значений "Я идеальное" можно сделать выводы о том, что преобладание авторитарно-агрессивного типа межличностных отношений возрастает. То есть в зоне личностного роста приоритетными становятся такие характеристики как дистантность, эгоцентричность, завышенный уровень притязаний, выраженное чувство соперничества. Этот вывод подтверждают и данные таблицы основных показателей - отрицательные значения по шкале "дружелюбие" увеличиваются.

Прослеживается состояние переживаемого внутриличностного конфликта у респондента, на это указывает значительное расхождение показателей "я идеального" и "я реального" - стремление от зависимо-послушного типа межличностных отношений к властно-доминирующему. Это свидетельствует о том, что существует проблема независимости - подчиняемости, возникающая в сложной служебной или иной ситуации, вынуждающей повиноваться вопреки внутреннему протесту.

Опираясь на полученные результаты можно сделать вывод о том, что межличностные отношения в данном коллективе имеют следующие особенности:

- преобладание таких типов межличностного отношения как авторитарный, эгоистичный и агрессивный;
- стремление к авторитарно-агрессивному типу межличностных отношений возрастает;
- сложившиеся межличностные отношения в коллективе негативно отражаются на психологическом самочувствии некоторых членов группы.

Особенности межличностных отношений, характерные для данного коллектива имеют отрицательное влияние, не способствуют сплоченности, блокирует реализацию личностных потенциалов и достижение значимых результатов совместной деятельности. Такая тенденция формирует отрицательный психологический климат, что в свою очередь может привести к резкому снижению трудовой мотивации.

Для нормализации сложившейся ситуации необходимо проанализировать причины преобладания устоявшегося типа межличностных отношений, сформулировать рекомендации для руководства организации, разработать программу мероприятий направленных на расширение репертуара коммуникативных возможностей членов группы.

Список литературы

1. Антонова Н.В. Социально-психологический климат в организациях с различным типом корпоративной культуры // Современные технологии управления, 2014. - №1
2. Карнаух М.Н. Роль и значение внутриорганизационных связей в организации производства // Гуманитарные науки, 2015. - №5
3. Краснова С. Социометрический метод способствует оптимальной комплектации коллектива /С. Краснова// Служба кадров и персонал. - 2008. - №12. - с. 66 - 69.
4. Обозов Н.Н. «Межличностные отношения». Изд-во Ленинградского университета, 1998. – 152 с.

5. Савельева М.В. Социально-психологические факторы формирования благоприятного психологического климата в коллективе /Савельева М.В.// Вестник Университета Российской Академия Образования. - 2011. - №4. - С.64-69

6. Соснин В.А., Красникова Е.А. Социальная психология. Профессиональное образование. – М.: Инфра-М, 2004. – С. 163-164

УДК 159.9: 316.6

**СОЦИАЛЬНО–ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ 1
КУРСА СПЕЦИАЛЬНОСТИ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ**

К.А. Виткова, М.А. Михайлова, В.А.Еремеева, Е.И. Стоянова
Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Факультет клинической психологии

Человек, испытывающий состояние душевного равновесия, психологического комфорта, человек, социально адаптированный, у которого не нарушены психические функции (мышление, память, внимание, восприятие, эмоции), - это психически здоровый человек. Под влиянием различных факторов такое равновесие может нарушаться. Наиболее сильными внешними факторами, формирующими психическое состояние как отдельных индивидов, так и общества в целом, являются факторы социальные.

Лица молодого возраста (15-25 лет) представляют особый интерес, так как эти люди – трудовой и производительный потенциал общества. Изучение состояния психического здоровья современной молодежи, актуально ввиду быстрых изменений социально-экономической ситуации в стране. По наблюдениям специалистов для раннего юношеского возраста характерны страхи и тревоги, связанные с самоутверждением в среде сверстников и окружающем социуме, с проблемой выбора направления предстоящей взрослой жизни, а также с учебной деятельностью.

Многие студенты-первокурсники, чувствовавшие ещё вчера внимание и опеку школьных учителей, в условиях вуза чувствуют себя на первых порах дискомфортно. Новые условия их деятельности в вузе – это качественно иная система отношений ответственной зависимости, где на первый план выступает необходимость самостоятельной регуляции своего поведения, наличие тех степеней свободы в организации своих занятий и быта, которые ещё недавно были им недоступны (Березина, 2001).

Процесс адаптации каждого студента идёт по-разному. Одни быстрее привыкают к новым условиям, другие - медленнее. Часто студенты, испытывающие трудности в адаптации переживают чувство тревоги и незащищённости. Задача педагогов и психологов – помочь им как можно быстрее адаптироваться к условиям высшего учебного заведения (Константинов, 2005).

Понятие адаптация – одно из основных в научном исследовании организма, поскольку именно механизмы адаптации, выработанные в процессе эволюции, обеспечивают возможность существования организма в постоянно изменяющихся условиях внешней среды.

Адаптация (от лат. adaptation – приспособление) – термин, введенный в научный оборот физиологами в конце XVIII в. В самом общем виде означает приспособляемость –

способность некоего объекта сохранять свою целостность при изменении параметров среды. Свои представления об адаптации высказывали ряд авторов, таких, как: З. Фрейд, Х. Гартман и Э. Фромм, Ж.Пиаже и др.

Адаптация человека имеет два аспекта:

1. Биологический аспект адаптации – общий для человека и животных, включает приспособление организма к устойчивым и изменяющимся условиям среды: температуре, атмосферному давлению, влажности, освещенности и др. физическим условиям, а также к изменениям в организме: заболеванию, потере какого-либо органа или ограничению его функций.

2. Психологический аспект адаптации – приспособление человека как личности к существованию в обществе в соответствии с требованиями этого общества и с собственными потребностями, мотивами и интересами. Психологическая адаптация осуществляется путём усвоения норм и ценностей данного общества. Важнейшим средством достижения психологической адаптации являются общее образование и воспитание, а также трудовая и профессиональная подготовка (Грищенко, 2004).

Успешная адаптация способствует нормальному развитию человека, поддержанию его душевного здоровья.

Данные теоретического исследования позволили реализовать программу эмпирического исследования. Методом исследования опросник социально-психологической адаптации К.Роджерса, Х. Даймонда.

В исследовании приняли участие студенты 1 курса специальности «Клиническая психология».

В ходе исследования было определено, что показатели общей адаптивности из общей выборки испытуемых составляют (74%), из них адаптивность юношей выше (68 %), чем адаптивность девушек (32%). Результаты исследования интегральных показателей социально–психологической адаптивности студентов характеризуются следующим образом: самопринятие (40%) от общей выборки испытуемых, внутренний контроль (20%), принятие других (15%), эмоциональный комфорт (10%) и доминирование (5%).

Таким образом, можно сделать вывод о том, что интегральный показатель адаптивности находится в зоне неопределенности. Данные результаты позволяют говорить о том, что студенты, обучающиеся в новых условиях образовательного пространства и привыкающие к новым условиям находятся в процессе «переадаптации», что вполне характерно для освоения новых социальных ролей условий и деятельности в целом.

Список литературы:

1. Березин Ф. Б. Психическая адаптация и тревога. - СПб: Питер, 2001. - 512 с.
2. Богданович В. Н. Психокоррекция в повседневной жизни. - СПб: Респект, 1994. - 432 с.
3. Грищенко В. В., Шустова Н. Е. Социально-психологическая адаптация детей русских переселенцев в российском обществе // Психологический журнал. - 2004. – май-июнь. – 3 (25) – С. 54-58.
4. Константинов В. В. Социально-психологическая адаптация вынужденных мигрантов в условиях диффузного или компактного проживания // Психологический журнал. – 2005. – март – апрель. – 2 (26) – С. 16-21.

УДК 159.942.5 : 616–001: 159.944.4

ИССЛЕДОВАНИЕ ЗАЩИТНЫХ МЕХАНИЗМОВ СТУДЕНТОВ СПЕЦИАЛЬНОСТИ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Т.А. Гуляева, Е.И. Стоянова
Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Исследование проблемы формирования конструктивной психологической защиты будущих клинических психологов обусловлено противоречием между социальной потребностью в деятельности клинического психолога по конструктивному преодолению жизненных трудностей и недостаточной разработанностью проблемы и ее реализации в профессиональной подготовке специалиста.

В научной литературе накоплен теоретический и эмпирический материал, изучающий защитные механизмы. Значительный вклад в разработку защитных механизмов внесли принципы развития, системности, комплексности, активности, единства сознания и деятельности (К.А. Абульханова-Славская, Б.Г. Ананьев, Л.И. Анциферова, Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, С. Л. Рубинштейн и др.); концепция психологической защиты: психоаналитическая теория (З. Фрейд, А. Фрейд и др.), психозволюционная теория эмоций (Р. Плутчик, Г. Келлермана, Х. Конте и др.), комплекс отечественных разработок теории психологической защиты (Ф.В. Бассин, Р.М. Грановская, Г.В. Грачев, Л.Р. Гребенников, Е.Л. Доценко, В.Г. Каменская, Э.И. Киришбаум, Р. Лазарус, В.Ф. Моргун, И.М. Никольская, Е.С. Романова, К.В. Седых, И.Д. Стойков, Н. Хаан, В.А. Штроо, Т.С. Яценко и др.).

Защитные механизмы служат для устранения или минимизации негативных, травмирующих переживаний. Эти переживания могут быть связаны с внутренними или внешними конфликтами, состояниями тревоги или дискомфорта. Действие защитных механизмов направлено на сохранение стабильности самооценки человека, его представлений о себе и образа мира. Классификация защитных механизмов: вытеснение, проекция, отрицание, рационализация, сублимация, регрессия, реактивные образования (Грановская, 1997).

Проведенное теоретическое исследование позволило реализовать программу эмпирического исследования. В нашем исследовании приняли участие студенты 1 курса, специальности «Клиническая психология», выборка исследования 18 человек.

В ходе исследования было определено, что (45%) обучающихся от общей выборки испытуемых на первом курсе факультета клинической психологии доминирующим защитным механизмом является проекция, (20%) обучающихся от общей выборки испытуемых защитный механизм – подавление, (15%) регрессия и замещение, самый низкий показатель (5%) – интеллектуализация.

Механизм проекции ученые описывали по-разному, однако все определения были схожи, за исключением мнения Зигмунда Фрейда, который описывал проекцию, как механизм психологической защиты индивида, заключающийся в неосознанном наделии другого индивида собственными чертами и свойствами. В современной психологии термин проекция трактуется как механизм отнесения к другому лицу или объекту мыслей, чувств, мотивов и желаний, которые на сознательном уровне индивид у себя отвергает. Современные психологи выделяют такие виды проекции: атрибутивная проекция – приписывание собственных мотивов, чувств и поступков другим людям; аутистическая проекция; детерминированность восприятия потребностями человека, рациональная проекция, характеризуется рациональным мотивированием (Фрейд, 1992).

На основании моего исследования можно сказать, что в группе студенты чаще всего прибегают к такому способу психологической защиты, как проекция. Механизм

психологической защиты, заключающийся в часто неосознанном перенесении, приписывании человеком собственных переживаний другим людям. Этот механизм лежит в основе эмпатии: человек не может непосредственно ощущать внутреннее состояние другого человека, но может сопереживать, реагируя на различные проявления этого состояния. В результате действия проекции эти реакции воспринимаются как непосредственное ощущение чужого состояния.

Список литературы

1. Фрейд А. “Психология “Я” и защитные механизмы” - М., “Педагогика-Пресс”, 1993.
2. Фрейд З. “Отрицание” (в сборнике “Венера в мехах”, Пер.с нем. и франц. - М., РИК “Культура, 1992.)
3. Блум Г. Психоаналитические теории личности. - М., 1996.
4. Грановская Р.М. Элементы практической психологии. - СПб.: "Свет", 1997.
5. Грановская Р.М., Никольская И.М. Защита личности: психологические механизмы. -СПб.: "Знание", 1998.
6. Мухина В.С. Возрастная психология. -М.: "Академия", 1997.
7. Романова Е.С., Гребенников Л.Р. Механизмы психологической защиты. - М.: "Талант", 1996.

УДК 159.942.5 : 616-001: 159.944.4

АРТ-ТЕРАПИЯ КАК СРЕДСТВО СНИЖЕНИЯ ТРЕВОЖНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ПТСР

Д.А. Думлер, Е.И. Стоянова

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

В настоящее время не существует единой общепринятой теоретической концепции, объясняющей этиологию и механизмы возникновения и развития ПТСР (посттравматическое стрессовое расстройство) (Пятницкая, 2007). Однако в результате многолетних исследований разработаны несколько теоретических моделей, среди которых можно выделить: психодинамический, когнитивный, психосоциальный и психобиологический подходы и разработанную в последние годы мультифакторную теорию ПТСР.

Авторы концепции посттравматического развития считают необходимым подчеркнуть, что вовсе не склонны рассматривать травму саму по себе как некое благо. Напротив, очевидно, что люди, переживающие травму, сталкиваются со множеством неприятных последствий и некоторые могут развить болезненные формы реагирования. Эмпирические исследования говорят о том, что посттравматическое развитие - не универсальный феномен и клиницист не должен ориентироваться на то, что позитивные изменения - это необходимый этап восстановления. Травма рассматривается как своеобразное психологическое «землетрясение», событие сейсмического характера, которое потрясает основы мироустройства, жизненные кризисы подвергают серьезному испытанию или даже разрушению систему представлений, способ осмысления мира. Необычность, неконтролируемость, потенциальная необратимость, скрытая или явная угрозы события меняют перспективу, способ восприятия мира и себя в этом мире, человек

оказывается расщепленным на «до» и «после», он не равен самому себе, прежние границы разрушены. Именно из-за нарушения системы фундаментальных представлений, которая обеспечивала структуру и смысл жизни, мы видим дистресс и рост сосуществующими после травмы. Ирвин Ялом также говорит о том, что выживание в экстремальных обстоятельствах зависит от того, способен ли человек найти смысл в собственном страдании (Ялом И., 1999). Судя по всему, посттравматическое развитие и уровень дистресса/комфорта относятся к разным измерениям. Это соответствует клиническим наблюдениям, поскольку люди, переживающие значимые изменения на пути посттравматического развития, далеко не всегда демонстрируют снижение уровня дистресса и улучшение состояния.

Характерной чертой этой группы расстройств является их отчетливо экзогенная природа, причинная связь с внешним стрессором, без воздействия которого психические нарушения не появились бы. Типичными стрессорами являются боевые действия, природные и транспортные катастрофы, несчастный случай, присутствие при насильственной смерти других, разбойное нападение, пытки, изнасилование, пожар.

Возникает необходимость сопровождения и в свою очередь снижения тревожных состояний у пациентов ПТСР посредством применения форм и методов психотерапевтического воздействия. В исследовании нам представляется наиболее адекватным использование арт-терапевтического подхода в качестве сопровождения и снижения тревожных состояний пациентов ПТСР.

Такой метод как арт-терапия очень хорошо работает с самыми различными стрессами, собственно, её практически всегда используют при ПТСР (посттравматическое стрессовое расстройство). Принцип действия арт-терапии таков: на физическом уровне она погружает человека в некий новый мир, новые обстоятельства, новые условия, человек включается и на психологическом уровне в это время начинается бессознательная активность, запускаются внутренние процессы, которые неподконтрольны человеку.

Таким образом, человек постепенно расслабляется, отключает блоки, контроль, происходят переходы информации из бессознательного в область сознания... и это находит выражение в творческих плодах (рисунках, изделиях, фото, стихах и т.д.). Здесь важен как сам процесс творчества, в котором человек расслабляется, так и результат, который затем интерпретируется и уже через значение символики работает на закрытие стрессовой ситуации. Можно подчеркнуть, что более эффективный этот метод терапии в групповом формате. Но в целом арт-терапия полезна и актуальна, как метод профилактики напряжения, агрессии и конфликтов улучшение настроения.

Программа исследования состояла в три этапа. На первом этапе были проведены методики для определения уровня тревожности пациентов ПТСР. Использовались следующие методики: методика Спилберга-Ханина. На первом этапе исследования было определено, что по методике «Спилберга-Ханина» это то, что у пациентов ситуативная (45%) и личностная (50%) тревога в большей степени носят умеренный характер, что говорит о субъективном переживании эмоций, беспокойством пациентов. Состояние реактивной тревожности возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию. Обычно уровень реактивной тревожности изменяется (повышается или снижается) накануне важных встреч, перед выполнением ответственных заданий, соревнованиями, выступлениями в аудитории. Тревожность может быть результатом недавно пережитых событий, эмоциональное впечатление от которых еще не утратило своего воздействия на личность. Личностная тревожность это также устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденций воспринимать довольно широкий спектр ситуаций как угрожающие (тенденция избегания).

Проведение диагностического этапа исследования позволило составить программу сопровождения по снижению уровня тревожности у пациентов ПТСР.

Структура программы состояла из арт-терапевтических упражнений: «Ладонь», «Разговор в рисунках», «Рисунок состояния», «Словесный натюрморт», «Лабиринт», «Радуга», «Полярности», «Коллаж», «Мои ресурсы».

Таким образом, эффективность арт-терапевтического подхода была определена по рефлексивной обратной связи пациентов участвовавших в программе. Пациенты стали в меньшей степени чувствовать эмоциональное напряжения, интровертированность в социальных контактах, стабилизировалась дыхательная функция в стрессовых ситуациях, что означает продуктивность примененного метода в работе с тревожными состояниями с пациентов с синдромом ПТСР.

Список литературы

1. Малкины-Пых. Психология поведения жертвы. – М.: ЭКСМО, 2006.
2. Александров Е.О. Интегративная психотерапия посттравматического стрессового расстройства / Е.О. Александров. –Новосибирск: Сибпринт, 2005.
3. Вдовина И.В. Посттравматические стрессовые расстройства у военнослужащих и их реабилитация / И.В. Вдовина // Психологическая газета. - № 5. – С. 13.
4. Пятницкая Е. В. Психология травматического стресса: учеб. пособие / Е. В. Пятницкая. - Балашов: ИП. Николаев, 2007. - 140 с.
5. Ялом И. Путь к гармонии / И.Ялом. – М.: ЭКСМО, 2011. – 672 с.

УДК 159.942.5 : 616–001: 159.944.4

ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД В СОПРОВОЖДЕНИИ СМЫСЛОЖИЗНЕННЫХ ОРИЕНТАЦИЙ ПАЦИЕНТОВ ПТСР

Д.С. Злобина, Е.И.Стойнова

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальным становится сопровождение смысложизненных ориентаций пациентов с синдромом ПТСР посредством интегративного подхода, с включением новых форм и методов. Эффективным «инструментом» в сопровождении смысложизненных ориентаций пациентов с ПТСР на наш взгляд, является именно интегративный подход как система мероприятий направленных на сопровождение и восстановление целостности смысловой сферы пациентов ПТСР.

Программа данного интегративного подхода строится на активном использовании пациентами собственного самоанализа, рефлексии, готовности работать со снятием эмоционального напряжения, стабилизации дыхания в стрессовых ситуациях, и в этой связи позволяет разрешить внутренние противоречия в представлениях о себе и своих способностях, сформировать субъектную позицию, обеспечить комплексное решение задач личностного развития.

Изучение смысловых компонентов переживания травматического события, в частности при потере близких, друзей сегодня находятся в фокусе внимания психологов, однако закономерности трансформации смысловой сферы участников переживших стрессовые расстройства является малоизученной темой. Актуальность изучения

смысловых механизмов переживания боевого стресса определяется необходимостью разработки методов и технологий оказания помощи военнослужащим, сотрудникам органов внутренних дел, задействованным в военных конфликтах, а также многочисленным мирным гражданам, оказавшимся жертвами боевого стресса.

По мнению зарубежных авторов, существует множество и других факторов, влияющих на возникновение ПТСР (V. Charlot, H. Giover, J.O. Buchbinder) особо выделяют такие, как чувство изоляции, потеря доверия к властям, чувство вины перед погибшими (Щербатых, 2012).

Ценностно-смысловая сфера является одной из наиболее широко и активно исследуемых сфер в психологии (С.Л.Рубинштейн, А.Н.Леонтьев, Б.С. Братусь, Ф.Е.Василюк, Д.А.Леонтьев, А.С.Шаров, и многие другие). Обуславливается она теоретической и практической значимостью, сложностью, многоаспектностью данного вопроса. В большинстве исследований ценностно-смысловая сфера представляет собой центральное образование личности, ее «ядро», задающее направленность жизнедеятельности человека и определяющее отношение «человек - мир» (Шкуратова, 2007).

По мнению Виктора Франкла человеческий дух есть особая сущность, которая и испытывает потребность в смысле, сами смыслы в мире существуют объективно, поскольку даны нам Богом, следовательно за реализацию смыслов человек несет ответственность перед Богом, и, наконец, что познание интуитивно, и совесть есть тот орган, который всегда и в любой ситуации провидит «должное» (Щербатых, 2012).

Именно экзистенциальный вакуум, согласно наблюдениям В.Франкла, подкрепленным многочисленными клиническими исследованиями, является причиной, порождающей в широких масштабах специфические «ноогенные неврозы», распространившиеся в послевоенный период в странах Западной и Восточной Европы.

Интегративная методология исходит из постулата, что человек - существо целостное, т. е. самостоятельное, способное к саморегуляции и развитию. Но человек - не единственная целостная сущность в мире. Все в природе обладает целостностью, сама природа целостна и представляет собой иерархию, в которой каждый элемент является "целым" по отношению к своим частям и "частью" по отношению к большему целому. Оба эти аспекта существования: и часть, и целое должны быть выражены полноценно для осуществления потенций любого существа.

Смысл интегративного подхода на уровне индивидуальности заключается в том, что психика человека является многоуровневой системой, обнаруживающей в личностно структурированных формах опыт индивидуальной биографии, рождения, а также безграничного поля сознания, трансцендирующего материю, пространство, время и линейную причинность, которое мы при ближайшем приближении можем обозначить как интерперсональные и трансперсональные уровни организации психического. Интеграция на уровне личностном подразумевает осознание конфликтных напряжений между фрагментами и уровнями психики и открытое принятие того, что раньше отвергалось.

Способность к интеграции опыта является основным критерием психического здоровья. Практические методы социально-психологической работы с использованием интегративного подхода включают в себя широкий спектр психологических техник, общим для которых является использование личностного и социального ресурсного потенциала (Аммон, 2000).

Интегративный подход является принципиально новым смысловым пространством как для профессионалов - психологов, социальных работников, психотерапевтов, так и для их клиентов.

В настоящее время существует широкий интерес ко всякого рода школам и методикам, нацеленных на работу с сознанием и личностью. Многие люди обращаются к

психотерапии, юнгианскому анализу, мистицизму, психосинтезу, дзен-буддизму, транзактному анализу, индуизму, биоэнергетике, психоанализу, йоге и гештальт-терапии.

Общим для всех этих школ является то, что они пытаются тем или иным путем вызвать изменения в человеческом сознании личности. На этом, однако, их сходство заканчивается. Интегративный подход традиционен для отечественной науки и свое высшее проявление он находит в методологическом принципе целостности.

В российской психотерапии учение об интегральной индивидуальности В.С.Мерлина, обосновавшее соматопсихическое единство человека при его подразделенности по определенным иерархическим уровням, и психологическая антропология Б.Г.Ананьева, перекинув мостик от психологии человека к его психофизиологии и биологии, послужили мощным стимулом для возникновения интегративной психологии.

Именно интегративный подход дает возможность более широкого, целостного и многогранного взгляда на понимание человеческой природы и всей Вселенной. С позиции этого подхода представляется возможным свести воедино основные положения трех ведущих направлений психологии и психотерапии: ортодоксального, гуманистического и трансперсонального в рамках концептуальной схемы интегративного подхода.

Проведенное теоретическое исследование позволило реализовать программу эмпирического исследования.

На первом этапе исследования была реализована первичная диагностика смысложизненных ориентаций пациентов птср. В ходе исследования было определено следующее: по данным показателям на первый план у испытуемых выступает локус контроль–жизнь (30, 97%), что говорит о склонности приписывать свои успехи или неудачи внутренним либо внешним факторам, происходящим с индивидом. Далее выступает шкала цели в жизни (30%), что будет говорить о стремлении человека находить полезные вещи для себя и идти с ними вперед, преодолевая трудности (в данном случае - это семья, здоровье). На третий план выходит субшкала процесса (26, 64 %), что будет говорить о процессе самого достижения цели, внутренние переживания, внешние воздействия на объекта.

Субшкала результата занимает четвертое место по показателям данных (24, 12%), что будет говорить о незначительной важности самого результата действия, как процесса выполнения к достижению поставленной задачи. И на последнем месте выступает шкала контроля (20,09 %), что будет говорить о самоорганизации и самодисциплине в процессе выполнении какого-либо действия пациента. Специфика в том, что у испытуемых единство прошлого, настоящего и будущего не представляется в полной мере.

На втором этапе исследования нами был осуществлен интегративный подход в работе с пациентами ПТСР. Структура программы состояла из следующих упражнений:

Упражнения на снятие эмоционального напряжения: «Радуга», упражнение направленное на смысловые переживания, эмоциональная значимость. Дыхательные упражнения: «Стабилизация дыхания» (цель: стабилизация дыхания в стрессовых состояниях), дыхательная релаксация; «Релаксация своего эмоционального состояния»; «Зажим» (цель:- снятие психофизиологических «зажимов» и формирование приемов релаксации состояния). Далее были упражнения направленные на самораскрытия личности перед своим окружением. Упражнения: «Определение решений» (вопросы об ответственности.), «Самораскрытие»; «Контраргументы».

Упражнения, направленные на рассмотрение различных жизненных реакций и способы реагирования: «Неуверенные, уверенные и агрессивные ответы»(цель упражнения: формирование адекватных реакций в различных ситуациях); «Формирование навыков модификации и коррекции поведения»; «Преувеличение или полное изменение поведение»(цель упражнения: формирование навыков модификации и

коррекции поведения на основе анализа разыгрываемых ролей и группового разбора поведения). Упражнения, направленные на самоанализ и самопонимание пациента: «Комиссионный магазин» (цель упражнения: углубление знаний друг о друге через раскрытие качеств каждого участника); «Автопортрет» (цель упражнения: формирование умений распознавания незнакомой личности, развитие навыков описания других людей по различным признакам); «Анализ сущности «Я»»; «Без маски» (цель упражнения: снятие эмоциональной и поведенческой закрепленности).

В завершении второго этапа исследования было предложено пациентам освободиться от негативных мыслей про свою болезнь, обсуждения положительных и отрицательных моментов в процессе прохождений упражнений на релаксацию, дыхание, поиска смысловых переживаний. Анализ проделанной работы в общей картине пациента. Предоставления соответствующих рекомендаций пациентам по своему синдрому ПТСР.

Таким образом, эффективность интегративного подхода была определена по рефлексивной обратной связи пациентов участвовавших в программе. Пациенты стали в меньшей степени чувствовать эмоциональное напряжения, интровертированность в социальных контактах, стабилизировалась дыхательная функция в стрессовых ситуациях, что означает продуктивность и высокую показательность данного интегративного подхода в работе на смысловую сферу с пациентами синдрома ПТСР.

Список литературы

1. Аммон Г. Психосоматическая терапия / Г. Аммон. – СПб.: Речь, 2000.– 238 с.
2. Крюкова Т.Л. Психология совладающего поведения. – Кострома: Студия оперативной полиграфии «Аквантитул», 2004. – 344с.
3. Куликов Л. В. Психогигиена личности: Основные понятия и проблемы.- СПб.: Изд-во СПбГУ, 2000.
4. Шкуратова. И. П., Анненкова Е. А.. Личностные ресурсы как фактор совладания с кризисными ситуациями // Психология кризиса и кризисных состояний. Междисциплинарный ежегодник. 2007. Вып.4, С. 17-23.
5. Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции / Ю.В. Щербатых. — СПб.: Питер, 2012. – 256 с.

УДК 159.942.2: 616–001:159.944.4

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ ЗАЩИТЫ И ЖИЗНЕННЫХ ЦЕННОСТЕЙ ЖЕНЩИН С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

М.А. Иванова, С.М. Колкова

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Статистика Международного Агентства по исследованию рака (International Agency for Research on Cancer/Globocan) к концу 2014 года гласит, что на учете в онкологических учреждениях в России состояли 3,29 млн. больных. По данным статистики Всемирной Организации Здравоохранения, одним из самых опасных и распространенных заболеваний на 2012 год являются онкологические заболевания: в год умирает огромное

количество людей – 8,5 млн человек. Такое заболевание – сильная психотравма, которая непременно отражается как на физическом, так и на психологическом уровне.

Пока медицина разрабатывает все новейшие технологии в лечении рака, которые направлены на улучшение физического состояния организма, «лечение» психологической составляющей тоже не стоит на месте: успешное развитие психотерапии и различных коррекционных программ, а также их внедрение практически во все области медицины.

Как показывает практика, психотерапия имеет положительный эффект: психическое состояние онкологических больных улучшается, настрой на выздоровление становится выше, уровень выживаемости таких пациентов увеличивается, однако это применительно не для всех пациентов в силу их психологических особенностей (Попова, 2013). При работе с данной группой больных, одной из задач медицинского психолога и психотерапевта является комплексное обследование личности пациента, что помогает, зная личностные особенности, улучшить психологическое состояние.

Ключевой фактор, влияющий на отношение к болезни, осознание ее фрустрирующего (блокирующего основные потребности личности) характера, является угроза личности и связанная с этим тревога. На преодоление фрустрирующего влияния болезни и тревожных переживаний направлены механизмы психологической защиты (вытеснение, регрессия, изоляция, проекция, интроекция, обращение на себя, обращение в свою противоположность, сублимация и другие) (Фрейд, 2010; Мак-Вильямс, 2013). Механизмы психологической защиты способны усугубить, смягчить или нейтрализовать личностные реакции на эмоционально значимые стимулы. Таким стимулом может являться болезнь.

Однако механизмы психологической защиты не всегда эффективны, поэтому здесь важно говорить о влиянии того, в чем человек находится – социальные институты: семья, друзья, работа, учеба, которые будут помогать/усугублять состояние человека в период заболевания (Менделевич, 2011).

Следовательно, вытекает важность более глубокого изучения механизмов психологической защиты, а также влияния окружающей среды, чтобы оказанная помощь психолога была эффективна каждому в соответствии с их психологическими особенностями.

Исследование проводилось с целью изучения механизмов психологической защиты и преобладающих ценностей у женщин с онкологическим заболеванием. Работа проводилась в КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского». Данное учреждение оказывает медицинскую помощь онкологически больным: диагностирование (медицинский осмотр, медицинское обследование, сдача анализов), госпитализация, лечение людей с онкологическим заболеванием.

В исследовании приняли участие две выборки. Первая выборка – больные с онкологическим заболеванием в количестве 25 человек женского пола. Вторая выборка без онкологического заболевания, т.е. здоровые женщины в количестве 25 человек.

Для исследования механизмов психологической защиты и жизненных ценностей был подготовлен и проведен комплекс методик. Все используемые диагностические методики отвечают целям и задачам исследования, подобраны с учетом пола и возраста, валидны, и позволяют выявить механизмы психологической защиты и иерархию жизненных ценностей больных, имеющих онкологическое заболевание.

Для выявления механизмов психологической защиты у онкологически больных была использована методика «Опросник Плутчика Келлермана Конте – Индекс жизненного стиля (Life Style Index, LSI)». Особенность данной методики состоит в том, что ряд утверждений оцениваются испытуемым «верно-неверно»; имеет отдельный бланк с утверждениями и инструкцией, а также бланк для занесения ответов, что позволяет

делать возможный перерыв в ходе выполнения данной методики. Измеряются восемь видов защитных механизмов: вытеснение, отрицание, замещение, компенсация, реактивное образование, проекция, интеллектуализация (рационализация) и регрессия. Каждому из этих защитных механизмов соответствуют от 10 до 14 утверждений, описывающих личностные реакции человека, возникающие в различных ситуациях. Подсчитывается количество положительных ответов по каждой из 8 шкал, в соответствии с ключом. Затем, высчитывается из числа положительных ответов по каждой шкале выраженность механизма психологической защиты по формуле. По итогу составляется профиль эго-защит.

Для изучения жизненных ценностей использован опросник терминальных ценностей (ОТеЦ) И.Г. Сенина (Вассерман, 2005). Опросник состоит из 80 утверждений, каждое из которых испытуемый оценивает по 5-балльной шкале (1 – не имеет никакого значения, 2 – небольшое значение, 3 – определенное значение, 4 – важно, 5 – очень важно). Полученные оценки в баллах по таблицам норм переводятся в стэны. Результаты представляются в форме индивидуального профиля, отдельно для шкал терминальных ценностей и жизненных сфер.

Результаты эксперимента

В результате проведения диагностики, мы получили следующие результаты по методике «Опросник Плутчика Келлермана Конте – Индекс жизненного стиля (Life Style Index, LSI)»: наиболее выраженный механизм психологической защиты у исследуемой группы больных – проекция (40%), затем отрицание (20%), регрессия (16%), подавление (8%), реактивное образование (4%), интеллектуализация (4%), замещение (4%), компенсация (4%).

В количественном варианте, результаты выглядят следующим образом.

Таблица 1 – Количественные показатели механизмов защиты у выборки с онкологическим заболеванием

Механизм защиты	Количество человек	защиты	твое человек
Проекция	10	Реакт.образование	1
Отрицание	5	Интеллектуализация	1
Регрессия	4	Замещение	1
Подавление	2	Компенсация	1
Механизм	Количество		

Далее, представлены результаты второй примененной методики для диагностики – «Опросник терминальных ценностей (ОТеЦ) И.Г. Сенина»: преобладающая ценность у исследуемой выборки это – активные социальные контакты (9 человек), т.е. для таких людей, как правило, очень значимы все аспекты человеческих взаимоотношений, они часто бывают убеждены в том, что самое ценное в жизни – это возможность общаться и взаимодействовать с другими людьми. На втором месте – сохранение собственной индивидуальности (6 человек), что говорит о том, что у данных людей преобладает стремление к независимости от других людей, стремление к меньшему влиянию массовых тенденций, сохранение собственных взглядов и интересов. Потом – развитие себя (3 человека), достижения (3 человека), собственный престиж (1 человек), креативность (1 человек), духовное удовлетворение (1 человек), высокое материальное положение (1 человек).

Также, в ходе анализа результатов всех методик, используемых в исследовании, выявилась следующая связь: для женщин, имеющих онкологическое заболевание с механизмом «проекция» характерны два варианта ценностей – активные социальные

контакты, развитие себя. Для механизма «отрицание» тоже характерны активные социальные контакты и сохранение собственной индивидуальности; для такого механизма психологической защиты как «регрессия» присуще активные социальные контакты; для женщин, имеющих «подавление» важно сохранение собственной индивидуальности.

Вторая половина исследования проводилась на второй выборке - здоровые женщины. Были получены следующие результаты по методике «Опросник Плутчика Келлермана Конте – Индекс жизненного стиля (Life Style Index, LSI)»: наиболее выраженный механизм психологической защиты у исследуемой группы здоровых женщин – подавление (28%), проекция (20%), регрессия (16%), отрицание (16%), интеллектуализация (5%), реактивное образование (4%), замещение (4%), компенсация (4%).

Таблица 2 – Количественные показатели механизмов защиты у здоровой выборки

Механизм защиты	Количество человек
Подавление	7
Проекция	5
Регрессия	4
Отрицание	4
Интеллектуализация	2
Реакт.образование	1
Замещение	1
Компенсация	1

По результатам второй методики – «Опросник терминальных ценностей (ОТеЦ) И.Г. Сенина» преобладающей ценностью у исследуемой выборки являются достижения (9 человек). На втором месте – высокое материальное положение (7 человек), что говорит о том, что такие люди стремятся к возможно более высокому уровню своего материального благосостояния; часто данная группа людей бывает убеждена в том, что материальный достаток является главным условием жизненного благополучия. Далее следует – развитие себя (4 человека), люди с данной ценностью стремятся к самосовершенствованию, считая при этом, что потенциальные возможности человека почти неограниченны и что в первую очередь в жизни необходимо добиваться наиболее полной их реализации. На последних местах, идут «активные социальные контакты», «собственный престиж», «креативность», «духовное удовлетворение» – по одному человеку.

Анализируя имеющиеся результаты, выявилась следующая связь: для здоровых женщин с механизмом «подавление» характерны ценности – достижение и высокое материальное положение. Для механизма «проекция» характерно развитие себя; для такого механизма психологической защиты как «отрицание» также ценно развитие себя; для женщин, имеющих «регрессию» важны достижения.

Таким образом, на основе полученных результатов, можно сравнить количественные показатели механизмов психологической защиты женщин имеющих онкологическое заболевание со здоровыми женщинами: преобладающий механизм психологической защиты первой выборки, т.е. у женщин, имеющих онкологическое заболевание, является проекция, а у второй выборки (здоровые женщины) – подавление. Остальные механизмы защиты также различны: по частоте встречаемости среди женщин с онкологическим заболеванием на втором месте – отрицание, а здоровых – проекция. На третьем месте и обеих выборок стоит «регрессия».

Список литературы:

1. Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф. Пособие для психологов и врачей. – СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2005. – 54 с.
2. Мак-Вильямс Н. Психодинамическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. – М.: Класс, 2014. – 480 с.
3. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология . – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 432 с.
4. Попова Т.Н., Глыбочко П.В. Онкология. – М.: Академия, 2013. – 400 с.
5. Фрейд А. Психология Я и защитные механизмы. – СПб.: Проспект, 2010. – 194 с.

УДК 159.9: 316.6

РЕСЕНТИМЕНТ И КОНФЛИКТ ПОКОЛЕНИЙ

В.А.Иванова, Л.А. Новопашина

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Сибирский Федеральный Университет»
Кафедра психологии развития и консультирования.

Различия между поколениями, преемственность поколений – это тот реальный механизм, по которому проходит взаимосвязь между индивидуальным временем развития личности и социально – историческим контекстом этого развития. На стыке поколений, образуется множество проблем. Это и знаменитая проблема «отцов и детей», и проблема преемственности – духовной, культурной и пр. Если раньше проблема «отцов и детей»

ассоциировалась разве что с одноименным романом И. Тургенева, то сейчас проблема взаимоотношений поколений, преемственности и конфликтов во взаимодействии «отцов» и «детей» лишь обострилась по причине резкого ускорения ритма социальных изменений. (Толстых А., 1988) По словам Н.В.Гришиной в условиях нестабильности и резких социальных изменений делает «отцов и детей» представителями не просто разных культур, но и разных «миров». Понятие ресентимент нетривиально и ново для психологии и пока является неоформленным и неизученным. Однако, в философии и в социологии ресентимент рассматривается как взаимное расположение и взаимодействие из различных эмоциональных переживаний и описывается в категориях отношений: обида, зависть, ненависть. Собственно эти категории представлены в психологии в области изучения эмоций и это полагание позволило нам сделать предметом исследования ресентимент.

Разберемся более подробно с понятием ресентимента. В философии Ницше ресентимент предстает в качестве движущей силы в процессе образования и структурирования моральных ценностей. Он характеризует его как смутную автономную атмосферу враждебности, сопровождаемую появлением ненависти и озлобления, то есть ресентимент – это психологическое самоотравление, проявляющееся в злопамятстве и мстительности, ненависти, злобе, зависти. Однако взятые по отдельности все эти факторы еще не образуют самого ресентимента, для его осуществления необходимо чувство бессилия. В естественном французском словоупотреблении Шелер находит два элемента слова. Ресентимент: во-первых, речь идет об интенсивном переживании и последующем воспроизведении определенной эмоциональной ответной реакции на другого человека, благодаря которой сама эмоция погружается в центр личности, удаляясь тем самым из зоны выражения и действия личности. Причем, постоянное возвращение к этой эмоции, ее переживание резко отличается от простого интеллектуального воспоминания о ней и о тех процессах, "ответом" на которые она была. Это - переживание заново самой эмоции, ее после-чувствование, вновь-чувствование. Во-вторых, употребление данного слова предполагает, что качество этой эмоции носит негативный характер, т.е. заключает в себе некий посыл враждебности. Наверное, немецкое слово "Groll" больше всего подходит для выражения основной части смысла данного слова. "Grollen" - это блуждающая во тьме души затаенная и независимая от активности "Я" злоба, которая образуется в результате воспроизведения в себе интенций ненависти или иных враждебных эмоций и, не заключая в себе никаких конкретных враждебных намерений, питает своей кровью все возможные намерения такого рода (М. Шелер, 1999).

Ресентимент – это источник изменения ценностей и основанного на них мировоззрения. Воздействуя на ядро личности и стимулируя формирование более низких ценностей, он вызывает своеобразную ценностную иллюзию и автоматически следующее за ней изменение картины мира, которая в большей или меньшей степени отклоняется от картины мира, основанной на позитивно-нравственных ценностях (М. Шелер, 1999).

Ситуацией, всегда заряженной опасностью ресентимента, являются отношения между более старым и более молодым поколениями. Возрастные изменения лишь в том случае приносят внутреннее удовлетворение и пользу вовне, если в важнейшие переходные моменты своевременно происходит свободное отречение от ценностей, специфических для предшествующих возрастных этапов, а независимые от возраста душевные и духовные ценности, вместе с ценностями, специфическими для наступающего возрастного этапа, становятся достаточной заменой тому, что уходит. Лишь в этом случае специфические ценности прошедшего возрастного этапа будут полно и радостно переживаться в воспоминаниях, безо всякой "зависти" к чужой молодости. В противном случае, стараются бежать от "мучительных" воспоминаний о собственной юности, что мешает находить общий язык с более молодыми людьми; одновременно крепнет тенденция отрицания специфических ценностей предшествующего возрастного

этапа. Поэтому не удивительно, что "более молодое поколение" должно вести трудную борьбу с ресентиментом более старого поколения. Этот источник ресентимента подвержен далеко идущим историческим вариациям. В неразвитых культурах старость ценится и почитается за свой опыт и знание того, как сохранить жизнь, и уже одно это способно помешать возникновению ресентимента.

У большинства людей старших поколений активизировало два, казалось бы, взаимоисключающих чувства - апатии и агрессивности (клинический симптом безысходности). Боль за то, что „жизнь пропала, прошла впустую“ и „нас никто не уважает, никому мы не нужны“, поражает сегодня, прежде всего старших, но нередко, увы, вымещается на младших» (Б. Дубин, 1993).

Что мы понимаем под поколением? Поколение — это отнюдь не «ступень» возрастной периодизации (исторически существенно изменчивой к тому же), а социокультурная общность людей, сложившаяся в обстоятельствах социального, хозяйственного и политического кризиса. Это общность людей, не обязательно даже вплотную близких друг другу по возрасту, но предельно близких по формам, способам и средствам своего возрастного вхождения в социальное и социокультурное пространство своего времени (А. Толстых, 2000).

Смена поколений есть процесс осуществления преемственности в развитии человеческого рода, проявляющейся как различия между «отцами» и «детьми». Содержание этого процесса — совместно-разделенная деятельность взрослых и детей по изменению условий жизни. В наше время, когда подготовка к жизни подрастающего поколения во многом отделена от реальной жизни, «дети» овладевают общественным опытом как некоторой данностью, суммой умений и навыков, при этом ничего не меняя в содержании знаний и практических умений. Прерогатива изменять содержание общественной деятельности в любом ее виде принадлежит взрослым, которые, особенно с возрастом, как правило, теряют вкус к преобразованиям, тяготеют к стабильности, привычным формам сознания и поведения. Из конфликтного по сути своей противостояния этих позиций: с одной стороны, искусственно отделенных от участия в активной социальной жизни представителей молодого поколения, несущих в себе жажду нового, жажду перемен, субъектом которых они являются, и, с другой, старшее поколение, несущее основной груз социальной ответственности и все напряжение деятельности, но уже лишенное острого ощущения динамики жизни, необходимости постоянного обновления всех ее сторон. Такая диалектика взаимоотношений поколений являет собой вполне объективную основу для взаимного непонимания двух возрастных слоев общества, а в определенных условиях и для их открытой вражды (Толстых А., 2000).

Конфликт между младшим и старшим поколениями — «детьми» и «дедами», «детьми» и «отцами», в меньшей мере между «отцами» и «дедами» — локализуется в семье и обнаруживается в «большом» обществе, выявляясь как столкновение ценностно-нормативных стандартов, расхождение взаимных ожиданий, потенциальная враждебность, разрыв нормальной коммуникации и взаимопонимания (Толстых А., 2000). Конфликт возникает из-за отсутствия равновесия в этих отношениях, например, из-за неравного социального статуса, экономического положения, доступа к ресурсам или распределения власти, которые приводят к возникновению таких проблем, как дискриминация, безработица, бедность, притеснения и преступность (С. Фишер, 2005). Из этого всего следует то, что Конфликт не существует как вещь независимо от нас. С ним нельзя столкнуться как с другим человеком, на него нельзя натолкнуться как на стенку, в него нельзя попасть как в темную комнату. Конфликт - это одна из необходимых атрибутивных сторон (характеристик) любого взаимодействия как внешнего - с другим

человеком, другими людьми (интеракция), так и внутреннего - с собой (интраакция) (Б.И. Хасан, 2003).

Как мы уже поняли ресентимент это переживание и воспроизведение определенной эмоциональной ответной реакции на другого человека, и что качество этой эмоции носит негативный характер, некий посыл враждебности (зависти). Ресентимент это ответное чувство. В связи с этим были подобраны методики на выявление любви, ненависти, агрессии и удовлетворенности жизни, узнав в какой степени они проявляются у поколений, можно определить к какому из поколений присущ ресентимент.

Вслед за Б. Спинозой многие современные исследователи, как правило, противопоставляют ненависть и любовь как две наиболее сильные страсти, оказывающие влияние на поведение человека в течение почти всей жизни. В частности, Дж.К. Ремпели И.Т. Баррис попытались конкретизировать идею Спинозы о противоположной направленности и мотивационном значении этих чувств и сформулировали собственную интегративную теорию любви и ненависти. Согласно этой теории, любовь является мотивом, основанным на придании особой ценности другому человеку и направленным на поддержание его благополучия, тогда как ненависть – мотивом, основанным на обесценивании другого человека и связанным с целью препятствовать его благополучию (Бреслав, 2011).

Гипотеза исследования: У современной молодежи, рожденной в Постсоветский период рыночной экономики, в отличие от поколения рожденного во времена СССР, менее выражено проявление ненависти, зависти (ресентимента) и более выражены удовлетворенность и умение справляться с отрицательными эмоциями в своей жизни.

Ключевые слова: ресентимент, конфликт, поколения.

В исследовании приняли участие 40 человек, из которых 20 человек – поколение, воспитанное в Постсоветский период рыночной экономики в возрасте от 18 до 25 лет и 20 человек – поколение, воспитанное в СССР в возрасте от 43 до 46 лет.

Для обнаружения показателей ненависти и сравнения их у двух поколений мы опирались на модель агрессии «сигнал-возбуждение» Берковица (1990). А это значит, что более высокий уровень агрессии можно ожидать в малообеспеченной и/или неблагополучной среде, где уровень возможного дискомфорта заведомо выше. Согласно межличностной теории, агрессию можно рассматривать как результат социального ущемления и изоляции (Leary, Twenge, & Quinlivan, 2006). Также отрицательным психологическим показателем для развития ненависти и агрессии может быть удовлетворенность жизнью, ибо именно фрустрация, т.е. препятствие на пути удовлетворения актуальных потребностей, в одной из базовых теорий рассматривается как главная причина и основа агрессии (Dollard, Doob, Miller, Mowrer & Sears, 1939). С удовлетворенностью жизнью, в свою очередь, связано чувство любви (Kim & Hatfield, 2004), которое также может выступать в качестве известного противовеса ненависти и агрессии.

В центре внимания этой работы было сравнение двух поколений людей – поколения, воспитанного в СССР, и поколения, воспитанного после его распада. Целью данного исследования является изучение проявлений ресентимента у двух поколений в конфликтных конструкциях.

Благодаря опросникам и правильно подобранному критерию можно говорить о том, что эмоциональные проявления, такие как ненависть, враждебность (зависть), любовь, гнев и психологическая установка - удовлетворенность жизнью зависят от возраста и культурных особенностей. У молодого поколения показатели антипатии – симпатии и удовлетворенность жизнью выше (6,61), чем у поколения, выросшего в Советский период (6,54). Следовательно, психологические склонности и чувства развиты

лучше, значит и меньше проявляется ненависть и агрессия, враждебность (зависть) по отношению к другим людям, а именно к старшему поколению.

Список литературы:

1. Толстых А. Опыт конкретно – исторической психологии личности. – СПб: «Алетейя», 2000.
2. Хасан Б.И. Конструктивная психология конфликта. – СПб., 2003.
3. Бреслав Г.М. Основы Психологического Исследования. – М.: Смысл – Академия, 2010.
4. Бреслав Г.М. Ненависть как предмет психологического исследования // Вопросы психологии. – 2011. - № 2. – С.138 – 148.
5. Троцук И.В. Поколенческий анализ: теоретические и методические компоненты // Обсерватория культуры: журнал-обозрение. - 2008. - N 6.
6. Шелер М. Ресентимет в структуре моралей. - М.: Наука, 1999.

УДК 159.9: 613.8

ПРОГРАММА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Ю.М. Казимова, О.А. Анжина, С.П. Иванова

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждения высшего профессионального образования «Национальный Исследовательский Томский Государственный Университет»
Факультет психологии

Смертность по причине проблем, связанных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, всегда была высока и находится в России на первом месте среди всех причин. С годами, к сожалению, увеличивается процент смертности из-за подобных нарушений здоровья, нанося тем самым огромный урон качеству жизни человека.

Чаще всего в учреждениях здравоохранения нашей страны приоритетное место отводится медицинскому аспекту реабилитации, в некоторых заведениях сопровождается физической реабилитацией.

На наш взгляд, программа реабилитации должна состоять из 3 блоков:

1. Медицинский (медикаментозное лечение, физиотерапия)
2. Физический (физические тренировки)
3. Психологический (методы активного социально-психологического образования)

Всесторонняя, комплексная психологическая работа с пациентами ведется крайне редко, и чаще всего ограничивается двумя-тремя встречами с психологом, что недостаточно для коррекции психологического состояния пациента и профилактики рецидива болезни. Поэтому нами была разработана программа психологической реабилитации для кардиопациентов.

Используемые методы работы:

- Тренинговая работа
- Психологическое просвещение
- Консультативная деятельность

I блок: информирование.

1. **Беседа-лекция по темам конкретных заболеваний:** причины, признаки, первая помощь (с отработкой навыков), профилактика рецидива.

Примеры тем: ишемическая болезнь сердца, гипер- и гипотония, инфаркт, инсульт и другие.

Проводится врачом – кардиологом. Желательно присутствие родственников пациентов. Длительность – 1,5 – 2 ч.

2. Беседа-тренинг на тему новой роли и образа жизни пациентов:

Обсуждение с участниками и их родственниками:

- как жить интересно с появившимися ограничениями,
- как пациентам вести себя с близкими, и как близким вести себя с пациентами,
- как и где можно работать

После обсуждения, на каждый из вышеперечисленных пунктов пациенты пишут список возможных вариантов решения проблемы. (Макаров, 2013)

Проводится врачом – терапевтом и психологом. Желательно присутствие родственников пациентов. Длительность – 1 ч.

II блок: формирование и развитие навыков адаптивного преодоления стрессовых ситуаций. (проводится психологом)

1. Обучение эффективному решению конфликтов. (1,5 ч) (Рунова, 2013)

Введение.

- Знакомство.
- Обсуждение: что такое конфликт? Как он возникает? Какое поведение реализует пациент в ситуации конфликта? Устраивает ли его это? Как при этом себя чувствуете? (20 мин.)

Основная часть:

Упражнение «Плюсы и минусы конфликта» (20 минут)

На конфликт, как, наверное, и на любое явление действительности, можно посмотреть с разных точек зрения и найти свои плюсы и минусы. Участники делятся на две группы. Первой команде нужно будет в режиме мозгового штурма записать как можно больше позитивных следствий конфликтных ситуаций, второй команде, соответственно, – описать негативные последствия конфликтов. На работу группам дается 10 минут.

Обсуждение упражнения, обратная связь.

Упражнение **"Рекламный агент"** (20 минут)

Инструкция: "Предположим, к вам пришел рекламный агент с целью вынудить вас что-нибудь купить или еще с каким-то подобным навязчивым намерением. Вы торопитесь и, кроме того, совершенно не заинтересованы в том, что вам предлагается. Как быть? Выгнать – не удобно... А время идет... Рекламный агент специально обучен, действует расчетливо, используя все ваши слабые стороны. Нужно как-то решить эту проблему. Объединитесь, пожалуйста, в пары.

Один из вас – рекламный агент, другой – сопротивляющийся клиент. Стратегия агента: всеми способами пытаться "зацепить клиента", не давать ему возможность повторять один и тот же "заезженный отказ", пытаться тем или иным способом переиграть его. Стратегия клиента: избавиться от назойливого агента.

Итак, попробуйте провести первый раунд этой игры. Во втором раунде поменяйтесь местами: пусть клиент станет агентом и наоборот.

Данное упражнение помогает наглядно увидеть, как Вы ведете себя в конфликтных ситуациях.

Обсуждение: в какой роли было проще? Что вышло в итоге? Как вы этого достигли? Эффективно ли это?

Информирование пациентов о способах выхода из конфликтной ситуации, которые выделяет К. Томас, выбор наиболее и наименее эффективных из них.

Упражнение "Я-высказывания" (20 минут).

В парах участники рассказывают друг другу конфликт из жизни. Затем тренер объясняет, что для снижения накала конфликтной ситуации очень эффективно использование в общении "Я-высказываний" – это способ сообщения собеседнику о своих нуждах, чувствах без осуждения или оскорбления.

Необходимо рассказать участникам принципы построения Я-высказывания.

Автор истории сперва предъявляет партнеру претензию также, как это было сделано в той ситуации конфликта. Что при этом чувствуют оба участника конфликта? Хочется ли идти навстречу второму? Почему?

Затем участник пробует формулировать свое послание через «Я-высказывания». Что изменилось? Хочется ли на этот раз договариваться? Чем на ваш взгляд все кончится?

Обсуждение, обратная связь.

Завершение. Какие впечатления от тренинга? Был ли он полезен? Чем? Что нового узнали? (10 - 15 минут)

2. Обучение навыкам релаксации. (1,5 ч)

Введение.

- Знакомство.
- Обсуждение: что такое релаксация, расслабление? Зачем это нужно?

Полезно ли уметь расслабляться? Какие способы известны участникам? (15 мин.)

- Теория: что такое релаксация, ее виды, ее значение для человека. (10 минут)

Основная часть:

А) Нервно – мышечная (прогрессивная) релаксация.(20 минут)

1. Расслабление рук (4—5 минут).
2. Расслабление лица, шеи, плеч и верхней части спины (4-5 минут).
3. Расслабление груди, живота и нижней части спины (4-5 минут).
4. Расслабление бедер и икр (4-5 минут).

Обсуждение, обратная связь.

Б) Визуализация(15 минут). Пациентам дается речевой модуль.:

«Решите для себя, чего вы больше всего искренне желаете.

Расслабьтесь, закройте глаза, на несколько минут отвлекитесь и мысленно начните представлять картинку, которая должна быть связана с решением вашего вопроса. В течении 10-15 минут творческим воображением создайте реальность и образы, которые хотите видеть.

Представьте образы не в будущем моменте, а в настоящем, как вполне реальный факт, другими словами внушите своему подсознанию, что желаемое у вас уже есть, вы получили то, что хотели.

Начните мысленно развивать эту картинку, добавьте краски, звуки, предметы. Начинайте мечтать о том, что вы хотите сделать чтобы решилась эта ситуация и как хотели бы достичь этого результата в воображаемой ситуации.

Самым важным ключом является вера в то, что это уже произошло и что вы добились уже того чего хотели. При визуализации отпустите свое воображение и мечтайте, прокручивайте как можно больше положительных мыслеформ и мыслеобразов, какими бы нереальными они не казались. Вспомните как вы в детстве мечтали и получали желаемую игрушку»

В) Дыхательные техники(15 минут).

- «Равное Дыхание».
- Брюшная техника дыхания.

Завершение. Опрос участников: «Как вам новые ощущения? Понравилось, было ли

приятно? Какая техника понравилась больше всего? Будете ли пробовать выполнять дома?» (15 минут)

3. Поиск новых способов преодоления стрессовых ситуаций.

Введение.

- Знакомство.
- Обсуждение: что такое стресс? Чем он полезен, чем вреден?
- Теория: что такое стресс, его признаки, виды, его значение для человека. (10 минут)

• Мини - лекция «Модель управления стрессом Гринберга. Позитивное мышление»

Основная часть. (30-40 минут)

Участники объединяются в группы по 4-5 человек. Каждая группа методом «мозгового штурма» составляет список способов преодоления стресса. Затем ведущий просит каждую группу проранжировать записанные способы от самого эффективного до самого бесполезного.

Каждая группа представляет для всех свой список. Затем обсуждение и подведение итогов: какие способы группа считает самыми эффективными.

Слово ведущего: какие способы считаются самыми эффективными с точки зрения науки, какие есть исследования на эту тему и доказательства эффективности.

Затем каждый участник составляет свой индивидуальный список способов преодоления стресса, опять же ранжирую его от более действенных к менее, и для первых 5 в этом списке составляет программу действий.

Завершение.

Рефлексия, обратная связь: «Что было нового, что было полезно? Какие из способов Вы хотите использовать теперь?» (10 минут)

III блок: Формирование и коррекция адаптивных форм поведения кардиобольных, как следствие динамики жизненных ценностей. (1,5 ч)

Основной проблемой, рассматриваемой в данном блоке, является нарушение целеполагания участников и некорректная ценностно-потребностная сфера.

Введение. (25 минут)

- Знакомство. Нарисуйте свое настроение (5 минут)
- Обсуждение темы: «что такое ценности, цели? Каково их значение в нашей жизни? Как вы считаете, умеете ли Вы верно ставить цели? Способствуют ли Ваши ценности сохранению здоровья? «

• Теория от ведущего: что такое целеполагание, ценности. Как они влияют на здоровье: научные данные.

Основная часть.

Упражнение: «Конкретизация цели в различных системах кодирования». (40 минут)

Цель упражнения: освоение умения конкретизировать общую цель, переведя ее в более частные цели, с учетом индивидуально предпочитаемых способов кодирования информации: визуального, аудиального и кинестетического.

Участники придумывают около 10 неконкретно сформулированных целей.

Ведущий иллюстрирует формулирование целей в разных системах кодирования примерами: «Если я заинтересую участников тренинга новым материалом, то увижу их внимательные глаза, улыбки, услышу вопросы по поводу темы занятия, возгласы “Как интересно!” и просьбы “Расскажите еще”. При этом я почувствую тепло и легкость в груди, радость и удовлетворение, прилив сил». Он также обращает внимание участников, что эти формулировки одновременно являются и критериями достижения целей.

После разминочной отработки навыка участники переходят к самостоятельной работе с целями. Ведущий предлагает участникам глобальные цели и каждый самостоятельно конкретизирует цели в различных системах кодирования, а затем поочередно предлагает свои варианты для совместного обсуждения. (Шигабетдинова, 2014)

Упражнение. (30 минут)

Каждый участник составляет свой список ценностей, начиная от самой важной к самой незначимой. Не менее 5 пунктов.

Ведущий: «Затем напротив каждого пункта отметьте, как эта ценность влияет на здоровье: способствует или усугубляет? Какими путями происходит такое влияние? Нравится ли Вам такое положение дел? Если нет, как Вы можете исправить это? Запишите минимум 3 способа.

Как теперь Вам ваши ценности? Не изменился ли список?»

Завершение.

Обратная связь, отзывы, вопросы от участников: «Нарисуйте свое настроение сейчас. Изменилось ли оно? Почему? Как Вам это?»

IV блок. Развитие самооознания и самоанализа (1,5ч)

Введение. (20 минут)

- Знакомство, опрос участников: «Как Вы себя чувствуете? Как настроение?»
- Обсуждение. Зачем людям осознание? Что полезного дает, что вредного?

Как связано со здоровьем?

- Теория. Что такое рефлексия, осознание. (Шмидт, 2005)

Основная часть.

Упражнения на осознание тела. (30 минут)

Инструкция:

1. Примите такое положение тела, чтобы ваша голова была свободна и ни на что не опиралась. С закрытыми глазами попробуйте почувствовать свое лицо изнутри, почувствуйте моменты напряжения, которые возникают. Найдите их, но не расслабляйтесь.

2. Оставайтесь в той позе, в которой вы находитесь прямо сейчас. Наблюдайте, где что есть в теле, что с чем связано, что к чему прикасается, где есть напряжение. Найдите 3 – 4 глагола, которые прямо сейчас подсказывает вам ваше тело.

3. Выполняйте упражнение на осознание всего, что в данный момент с вами происходит, наблюдайте за этим, озвучивайте, каждый раз начиная фразу со слов «сейчас я осознаю, что...».

4. Попробуйте сначала обращать внимание только на внешние события, но без подавления других переживаний. Затем сосредоточьтесь на внутренних процессах – образах, физических ощущениях, мышечных напряжениях, эмоциях, мыслях.

Важно теперь дифференцировать свой опыт по принципу «тело», «эмоции» и «мышление».

5. Сосредоточьтесь теперь на своих телесных ощущениях в целом. Какие части себя вы чувствуете? Отметьте боли и зажимы, которые вы обычно не замечаете. Какие мышечные напряжения вы чувствуете? Определите их точные местоположения.

Работает следующая взаимозависимость:

1. Когда вы работаете над своим осознанием, ваше тело становится более свободным, раскрепощенным, энергичным, подвижным и гибким.

2. Когда вы работаете над своим телом, над его координацией, пластикой и гибкостью, вы становитесь более открытыми для принятия новых точек зрения, изменения взглядов, расширения способности видеть сходства и различия, совершать выбор и видеть новые возможности.

В мире спорта и искусства вы можете найти многие подтверждения этому. В здоровом теле – здоровый дух» (Степанова, 2012).

Упражнения на осознание эмоций. (30 минут)

Инструкция:

«1. Попробуйте воспроизвести определенное телесное действие: напрягите, а потом расслабьте челюсти, сожмите кулаки, начните тяжело дышать. Вы можете заметить, что все это вызывает смутную эмоцию. Если к этому переживанию вы можете добавить какую-нибудь фантазию, представление о каком-либо человеке или вещи в вашем окружении, которые вызывают у вас неприятные воспоминания или переживания – эмоция разгорится с полной силой и ясностью. И наоборот, в присутствии такого человека или вещи, вы замечаете, что не чувствуете эмоции, пока не примите как свои собственные соответствующие телесные действия: в сжимании кулаков, возбужденном дыхании и т.п. вы начинаете чувствовать гнев.

2. Лежа, попробуйте почувствовать свое лицо. Чувствуете ли вы свой рот, лоб, глаза, челюсти? Обретя эти чувствования, задайте себе вопрос: «каково выражение моего лица?». Не вмешивайтесь, просто позвольте этому выражению быть. Сосредоточьтесь на нем, и вы заметите, как быстро оно меняется. Течение минуты вы можете почувствовать несколько разных настроений.

3. Упражнение про скуку. Когда вы утомлены, собираетесь уснуть, вы, возможно, замечаете, что возникают спонтанные фантазии, сны наяву. Вы можете использовать их для обнаружения того, что вам действительно интересно, чтобы вы хотели делать.

4. Вновь и вновь оживляйте в фантазии опыт, имевший для вас большую эмоциональную нагрузку. Каждый раз старайтесь вспомнить дополнительные детали. Какой, например, наиболее пугающий опыт вы можете вспомнить? Прочувствуйте вновь, как все это происходило. И еще раз. И снова. Употребляйте настоящее время. Возможно, в фантазии всплывут какие-то слова, которые говорили вы или кто-то другой. Произнесите их вслух вновь и вновь, слушайте, как вы произносите их, почувствуйте, как вы переживаете их выговаривание и слушание. Вспомните ситуацию, в которой вы были унижены. Воспроизведите ее несколько раз. Обратите внимание, не всплывает ли в памяти более ранний опыт подобного рода. Если это так, перейдите на него и поработайте с ним. Делайте это для разного эмоционального опыта- насколько у вас хватает времени. Когда вы более всего в состоянии горя? Разъярены? Пристыжены? В замешательстве? Чувствовали себя виноватым? Можете ли вы пережить эту эмоцию вновь? Если не можете, то, можете ли вы почувствовать, что блокирует вас?»(Сульдина, 2014)

Завершение. Обратная связь, отзывы: «Что было полезно? Что понравилось, удивило?»

Таким образом, данная программа помогает восстановить психологический баланс пациентов после и во время болезни, позволяет скорректировать дезадаптивные цели, установки и копинг-стратегии, что, в свою очередь, способствует снижению вероятности рецидива болезни. Для повышения эффективности реабилитации также рекомендуется вести индивидуальные психотерапевтические консультации.

Список литературы

1. Макаров, Ю. В. [Психологический тренинг как технология](#) / Ю. В. Макаров // [Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена.](#) – 2013. - № 155. – С. 61-66.

2. Рунова, Е.В., Григорьева, В.Н., Бахчина, А.В. и др. Вегетативные корреляты произвольных отображений эмоционального стресса. / Е.В. Рунова, В.Н. Григорьева, А.В. Бахчина и др. // [Современные технологии в медицине.](#) – 2013. - Том 5. - № 4.

3. Степанова, Н.В., Петрова, В.Н. Влияние гендерных установок в ситуации конфликта на поведение в межличностных конфликтах юношей и девушек / Н.В.Степанова, В.Н.Петрова // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. – 2012. - № 3. – С. 207-209.
4. Сульдина, Ю.А., Левкова, Е.А. Копинг – стратегии и их взаимосвязь с профессиональной деформацией. / Ю.А. Сульдина, Е.А. Левкова // Фундаментальные исследования. – 2014. - № 12.
5. Шигабетдинова, Г.М. Феномен рефлексии: границы понятия / Г.М. Шигабетдинова // Вестник нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. - 2014. – № 2.
6. Шмидт Р., Тевс Г. Физиология человека. Том 2. – изд. Мир, 2005. - 321 с.

УДК 159.9: 316.6

ДИАГНОСТИКА ВИКТИМНОСТИ В СТУДЕНЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

М.Н. Кеся

Лесосибирский педагогический институт –
филиал федерального государственного автономного образовательного
учреждения высшего профессионального образования
«Сибирский федеральный университет»
(ЛПИ - филиал СФУ)

Актуальность исследования психологических особенностей проявления виктимного поведения у современной молодежи определяется социальной и практической значимостью вопросов гуманизации общества, необходимостью решения задач формирования социально адаптированной личности, а так же возросшей потребностью виктимологической профилактики и коррекции.

Ритм и стиль жизни, нормы и правила, которые диктует современное общество, все большая необходимость в самореализации молодежи приводит к различным проявлениям виктимности в их поведении. Молодые люди хотят реализовать себя в полной мере и захватывать все больше сфер для самоактуализации. Стремясь быть первыми во всем и всегда, они жертвуют своими потребностями, положительными эмоциями, отношениями со значимыми людьми, неосознанно порождая виктимность по отношению к себе.

В российской психологии крайне мало экспериментальных исследований по теме виктимного поведения личности, имеются лишь единичные работы, изучающие психологические особенности детей и подростков на судебно-психиатрическом материале (Бурелов Э.А., 1991; Морозова И.Г., 1992; Кузнецов И.В., 1994; Догадина М.А., Пережогин Л. О; Кудрявцев И.А., 1988 и др.). Однако необходимость в таких исследованиях все более возрастает в практическом отношении.

Прежде чем говорить о проявлении виктимности в студенческом вузе рассмотрим само понятие «виктимность».

Виктимность это психологическое отклонение, закрепленное в привычных формах человеческой активности (поведении), обуславливающих потенциальную или реальную предрасположенность субъекта становиться жертвой (Мещеряков, 2004).

Рассмотрим первый вид виктимности это индивидуальная виктимность с позиций ее объективного содержания, что позволит предложить наше понимание этого феномена и его определение.

Л. В. Франк первоначально определил индивидуальную виктимность «как реализованную преступным актом "предрасположенность", вернее, способность стать при

определенных обстоятельствах жертвой преступления или, другими словами, неспособность избежать опасности там, где она объективно была предотвратима».

Л. В. Франк рассматривал индивидуальную виктимность как реализованную преступным актом личностную предрасположенность, способность. Учитывая высказанные по этому поводу критические замечания он изменил свою позицию, признав, что индивидуальная виктимность — это не только реализованная, но и потенциальная способность «тех или иных лиц стать потерпевшими или, иными словами, неспособность избежать преступного посягательства там, где объективно это было возможно». При этом имеется в виду не усредненная, а повышенная способность стать жертвой «в силу ряда субъективных и объективных обстоятельств».

Следовательно, по Л.В. Франку, индивидуальная виктимность — это потенциальная, а равно и реализованная повышенная способность стать жертвой преступного посягательства при условии, что объективно этого можно было бы избежать (Полубинский, 1977).

Следующим видом виктимности является массовая виктимность которая включает в себя три компонента:

а) совокупность потенциалов уязвимости, реально существующей у населения в целом и отдельных его групп (общностей);

б) деятельный, поведенческий компонент, который выражен в совокупности актов опасного для действующих индивидов поведения (позитивного, негативного, толкающего на преступление или создающего способствующие условия);

в) совокупность актов причинения вреда, последствий преступлений, т. е. реализации виктимности, виктимизации (виктимность — результат).

Психологический фон массовой виктимности проявляется многопланово.

В содержательном плане массовое виктимное поведение может быть, как индивидуальное, нейтральное, положительное и негативное.

Также массовая виктимность характеризуется состоянием (уровнем, структурой и динамикой)..

Помимо индивидуальной и массовой виктимности выделяют два конститутивных типа виктимности такие как:

Личностная (как объективно существующее у человека качество, выражающееся в субъективной способности некоторых индивидуумов в силу образовавшейся у них совокупности психологических свойств становиться жертвами определенного вида преступлений в условиях, когда имелась реальная и очевидная для обыденного сознания возможность избежать того);

Ролевая (как объективно существующую в данных условиях жизнедеятельности характеристику некоторых социальных ролей, выражающуюся в опасности для лиц, их исполняющих, независимо от своих личностных качеств подвергнуться определенному виду преступных посягательств лишь в силу исполнения такой роли) (Ривман, 2002).

С точки зрения К. Миядзава, существует два типа виктимности:

Общая виктимность – зависящая от социальных, ролевых и гендерных характеристик жертвы.

Специальная виктимность - реализующуюся в установках, свойствах и атрибуциях личности.

Причем, по утверждению К. Миядзавы, при наложении этих двух типов друг на друга виктимность увеличивается (Малкина –Пых, 2010).

Следовательно, можно сделать вывод о том, что виктимное поведение – это такое поведение, в результате особенностей которого повышается вероятность превращения лица в жертву преступления, обстоятельств или несчастного случая.

Также существуют несколько видов виктимности таких как: индивидуальная, массовая, личностная, ролевая, общая и специальная, каждая из которых имеет свои различные характеристики и проявляется в конкретных случаях жизнедеятельности человека.

Актуальность исследования психологических особенностей проявления виктимного поведения у современной молодежи, определяется социальной и практической значимостью вопросов гуманизации общества, необходимостью решения задач формирования социально адаптированной личности.

Второй период юности, на который приходится студенческий возраст, имеет специфические закономерности и представляет собой важный этап в развитии личности. Студенческие годы для молодого человека следует рассматривать не только как подготовку к будущей профессиональной деятельности, но и как первую ступеньку к зрелости.

По мнению И. А. Дмитриевой, студента как человека определенного возраста и как личность можно рассматривать в трех аспектах:

- *социальный*, обусловленный принадлежностью студента к определенной социальной (академической) группы и проявляется через выполнения им функций будущего специалиста;

- *психологический*, что представляет собой единство психических процессов, состояний и свойств личности, как характер, темперамент, направленность, способности, от которых, собственно, и зависит протекание психических процессов и возникновения психических состояний;

- *биологический*, что включает в себя тип нервной деятельности, строение анализаторов, безусловные рефлексы, соматическое тип, психомоторику, физическое состояние и т. д. (Дмитриева, 2012).

В период студенчества происходит существенная перестройка личности, обусловленная изменениями социальной ситуации развития, а именно поступлением в высшее учебное заведение, сознательного утверждения человека в профессиональной сфере на основе усвоения определенной системы знаний, норм, ценностей, овладения профессиональными умениями. Это очень непростой и важный период, поскольку от правильного выбора профессии зависит будущее человека, его самореализация, удовлетворенность жизнью.

В течение студенческого возраста человек должен самостоятельно принимать и реализовывать решения, разрабатывать жизненные планы, строить собственную жизнь. В личностном развитии студента наблюдается обогащение ментального опыта, впервые масштабно рассматривается внутренний мир, индивидуальность, формируется целостный образ - Я, происходит самоопределение в жизненных и профессиональных планах (Матусевич, 2014).

С точки зрения Е. С. Фоминых, развитию личности студента на данном возрастном этапе присущ ряд противоречий:

1. Социально-психологических. Это противоречия между расцветом интеллектуальных и физических сил студента и жестким лимитом времени, экономических возможностей для удовлетворения возросших потребностей.

2. Между стремлением к самостоятельности в отборе знаний и довольно жесткими формами и методами подготовки специалиста определенного профиля. Это противоречие дидактического характера, оно может вести к неудовлетворенности студентов и преподавателей результатами учебного процесса.

3. Огромное количество информации, поступающее через различные каналы, что, с одной стороны, расширяет знания студентов, а с другой - при отсутствии достаточного времени приводит к поверхностности знаний и мышления (Фоминых, 2012).

Следовательно, можно сделать вывод о том, что студенческий возраст, имеет специфические закономерности и представляет собой важный этап в развитии личности.

Студенты могут столкнуться с насильственными действиями в любое время и в любой ситуации: в институте, на отдыхе, в общественном месте.

По мнению Ю. В. Никитиной, виктимная предрасположенность в студенческом возрасте, определяется степенью выраженности личностных качеств студентов (Никитина, 2013).

С точки зрения О. О. Андронниковой, к специфическим факторам возникновения виктимного поведения студентов относят: индивидуальный опыт переживания или наблюдения факта насилия, ранее сформированный комплекс психологических качеств (эмоциональная неустойчивость, тревожность, неадекватная самооценка), отсутствие ощущения социальной поддержки и определенные стратегии семейного воспитания отца и матери. Причем не один из вышеперечисленных факторов сам по себе не приводит к виктимному поведению, для реализации необходимо сочетание комплекса факторов, составляющих модель виктимного поведения (Никитина, 2013).

В период обучения в вузе, как и на каждом возрастном этапе, существуют опасности, играющие определенную виктимизирующую роль. В частности, А. В. Мудрик выделяет две группы возрастных задач, в процессе решения которых могут возникать опасности для развития личности - социально-культурные и социально-психологические.

Трудностями решения социально-культурных задач являются осознание и развитие своих способностей, умений, установок, ценностей; приобретение знаний, умений, которые необходимы человеку для удовлетворения собственных позитивных потребностей; овладение способами взаимодействия с людьми, развитие и коррекция необходимых установок; понимание проблем семьи, других групп членства, социума, восприимчивость к ним (Дмитриева, 2013).

В процессе решения социально-психологических задач, студенты могут столкнуться с такими проблемами как: самопознанием и самопринятием; определением себя в актуальной жизни, самореализацией и самоутверждением. А также с такими трудностями как: определение своих перспектив; развитие понимания и восприимчивости по отношению к себе и к другим; с адаптацией к реальным условиям жизни; с установлением позитивных просоциальных взаимоотношений с окружающими, особенно со значимыми лицами; с предотвращением, минимизацией, разрешением внутрличностных и межличностных конфликтов.

Все эти факторы определяют склонность студента к виктимному поведению.

Таким образом, мы выявили, что студенческий возраст является одним из опасных периодов проявления виктимности, и этому предшествует ряд факторов таких как: профессионально – образовательная среда, осознание себя в обществе, ощущение одиночества, индивидуальный опыт переживания или наблюдения факта насилия, ранее сформированный комплекс психологических качеств (эмоциональная неустойчивость, тревожность, неадекватная самооценка), отсутствие ощущения социальной поддержки и определенные стратегии семейного воспитания отца и матери.

Исследование проводилось в ЛПИ – филиале СФУ. в нем участвовало 22 студента, средний возраст исследуемых - 21 год.

Мы провели исследование с помощью методики «Склонность к виктимному поведению» (автор - О.О. Андронникова).

В ходе обработки данных было установлено следующее, по шкале «Склонность к агрессивному виктимному поведению (модель агрессивный тип потерпевшего)» выявлен показатель ниже нормы у 4 чел. (19%) студентов. Это свидетельствует о том, что для данного типа студентов характерно снижение мотивации достижения, такие студенты обладают высокой обидчивостью, обладают хорошим самоконтролем стремятся

придерживаться принятых норм и правил того круга в котором они находятся. Так же у таких студентов присутствует стабильность в сохранении установок интересов и целей.

По шкале «Склонность к самоповреждающему и саморазрушающему поведению (модель активного виктимного поведения)» выявлен показатель выше нормы у 4 чел. (19%) студентов. Следовательно, студенты с активным типом поведения сами провоцируют ситуацию виктимности, своей просьбой или обращением, такие студенты обладают двумя видами поведения: провоцирующим, то есть для причинения вреда себе они привлекают другое лицо. Таким студентам свойственно самоприщипывающее поведение, они склонны к риску, обладают необдуманном поведением, зачастую опасным для себя и окружающих. Так же по этой же шкале у 4 чел. (19%) студентов выявлен показатель ниже нормы. Такие студенты, обладают повышенной заботой о собственной безопасности, стремятся оградить себя от ошибок и неприятностей, им свойственна повышенная тревожность и мнительность. Кроме того, такие студенты подвержены страхам.

По шкале «Склонность к гиперсоциальному виктимному поведению (модель инициативного виктимного поведения)» у 5 чел. (23%) студентов выявлен показатель выше нормы. Это свидетельствует о том, что смелые и решительные студенты считают недопустимым уклонение от вмешательства в конфликт, даже если это может стоить им здоровья или жизни. Последствие своих поступков такие студенты осознают не всегда, также они нетерпимы к поведению, нарушающему общественный порядок. По этой же шкале у 4 чел. (19%) студентов выявлен показатель ниже нормы. Это говорит о том, что пассивные студенты равнодушны к тем явлениям, которые происходят вокруг них.

По шкале «Склонность к зависимому и беспомощному поведению (модель не критичного виктимного поведения)» у 1 чел. (5%) студентов выявлен высокий показатель. Следовательно, мы можем говорить о том, что сильно внушаемые и скромные студенты имеют ролевою позицию жертвы, они обладают зависимым поведением, уступчивы, так же такие студенты оправдывают чужую агрессию и склонны всех прощать. Так же по данной шкале у 4 чел. (19%) студентов выявлен низкий показатель. Это независимые и обособленные студенты, всегда стремятся выделиться из группы сверстников, имеют на все свою точку зрения, такие студенты непримиримы к мнению других.

По шкале «Склонность к не критичному поведению (модель не критичного типа поведения)» у 3 чел. (14%) студентов выявлен высокий показатель. Это характеризуется тем, что у неосмотрительных и неосторожных студентов имеется склонность к спиртному. Такие студенты обладают легкомысленностью и доверчивостью, имеют непрочные нравственные устои. По данной шкале так же у 3 чел. (14%) студентов выявлен низкий показатель. Следовательно, мы можем говорить о том, что вдумчивые и осторожные студенты стремятся предугадать возможные последствия своих поступков. У таких студентов может проявляться социальная пассивность, приводящая к неудовлетворенности своими достижениями, чувству досады и зависти.

По шкале «Реализованная виктимность» у 3 чел. (14%) студентов выявлен показатель выше нормы. Таким образом, мы можем сделать вывод о том, что студенты, обладающие данным типом поведения, часто попадают в неприятные или даже опасные для его здоровья и жизни ситуации. Так же по этой шкале у 14 чел. (64 %) студентов выявлен показатель ниже нормы. Это говорит о том, что студенты, обладающие внутренним уровнем напряжения, стремятся к избеганию ситуации конфликта. Они не часто попадают в критичные ситуации.

Таким образом, проанализировав результаты исследования, мы можем сделать вывод о том, что большинство студентов обладают таким типом виктимного поведения как: реализованная виктимность, следовательно, у студентов уже выработался защитный способ поведения, позволяющий избегать опасные ситуации.

В данной статье одной из задач исследования стало изучение содержания понятия виктимного поведения. Мы выяснили что, виктимность - это психологическое отклонение, закрепленное в привычных формах человеческой активности (поведении), обуславливающих потенциальную или реальную предрасположенность субъекта становиться жертвой. Существуют несколько видов виктимности таких как: индивидуальная, массовая, личностная, ролевая, общая и специальная, каждая из которых имеет свои различные характеристики и проявляется в конкретных случаях жизнедеятельности человека.

Кроме того, мы выявили, что студенческий возраст является одним из опасных периодов проявления виктимности, и этому предшествует ряд факторов таких как: профессионально-образовательная среда, осознание себя в обществе, ощущение одиночества, индивидуальный опыт переживания или наблюдения факта насилия, ранее сформированный комплекс психологических качеств (эмоциональная неустойчивость, тревожность, неадекватная самооценка), отсутствие ощущения социальной поддержки и определенные стратегии семейного воспитания отца и матери.

Проведенное нами экспериментальное исследование на базе ЛПИ – филиала СФУ, направленное на выявление склонности к виктимному поведению студентов. В ходе исследования мы выявили, что большинство студентов обладают таким типом виктимного поведения как: реализованная виктимность, следовательно, у студентов уже выработался защитный способ поведения, позволяющий избегать опасные ситуации.

Список литературы

1. Большой психологический словарь / Сост. и общ. ред. Б. Мещеряков В. Зинченко. – СПб.:ПРАЙМ – ЕВРОЗНАК, 2004. – 672с.
2. Дмитриева И. А., Кибальченко И. А. Рефлексная самооценка потенциальной индивидуальной виктимности студентов вуза // Народное образование. – 2012. - № 4. – С. 114-121.
3. Малкина-Пых И. Г. Виктимология. Психология поведения жертвы. – М.: ЭКСМО, 2010. – 173 с.
4. Матусевич А. М. Психологические аспекты виктимности // Молодой ученый. - 2014. - № 8. - С. 924-927.
5. Никитина Ю. В., Семкова М.П. Особенности виктимного поведения юношей и девушек // Вестник удмурского университета. – 2013. - № 3-4. - С. 62-67.
6. Полубинский В.И. Криминальная виктимология. Что это такое? М.: - Знание, 1977. - 456с.
7. Ривман Д.В. Криминальная виктимология — СПб.: - Питер, 2002.- 304с.
8. Фоминых Е. С. Психологический анализ рисков виктимизации студентов в профессионально – образовательной среде // Электронный научно – образовательный журнал ВГПСУ. – 2012. - № 2(16). – С. 69-73.

УДК 159.923-053.6

СПЕЦИФИКА ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ ЛЮДЕЙ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ

В.А.Кудрявцева, Ю.В. Живаева
Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Понятие «ценность» принадлежит к многозначным понятиям, распространенным в сфере обыденного сознания и в сфере научного, в частности, методологического и философского знания. Ценность осознается и переживается личностью как актуальный значимый смысл. В ходе индивидуальной жизнедеятельности, ценности входят в психологическую структуру личности, как личностные ценности. Ценности служат связующим звеном между культурой общества и духовным миром личности, между бытием общественным и индивидуальным.

Ценностные ориентации - совокупность убеждений и представлений личности об окружающем мире, позволяющей ей ранжировать все предметы и явления по их значимости для ее жизни. Они выражают выбор человеком конкретных ценностей в качестве нормы своего поведения. Если ценности представляют собой некоторые абсолютные нормы, цели, идеалы, которым следует общество, то ценностные ориентации относительны и индивидуальны. Они возникают на основе свободы выбора, в соответствии с которым индивид может свободно следовать идеалам, а может их отвергать (Беляев, 2004).

Человек – субъект в своей деятельности, поступках, мыслях и переживаниях. Он опирается на общечеловеческие, духовные и нравственные ценности. Сознание человека развивается внутри культурного целого, в котором кристаллизован опыт деятельности, общения и мировосприятия. Человеку необходимо не только усвоить этот опыт, но и преобразовать на его основе свои естественные возможности и способности так чтобы состоялось «второе рождение» - рождение своего жизненного пути. Говоря иначе, культура задает систему ценностных представлений, регулирующих индивидуальное и социальное поведение человека, служит базой для постановки и осуществления познавательных, практических и личностных задач. Ведь культура - это всегда совокупность высших ценностей. Именно культура выступает для личности сферой объективных ценностей, которые опредмечены, овеществлены в языке, предметах, обычаях, социальных нормах, формах и способах общения, а соответственно, и способах деятельности. Однако при освоении культурного опыта - от орудийных действий до нравственных норм не происходит автоматически и не является спонтанным, оно требует произвольных осознанных усилий, специально организованной деятельности.

В процессе своего образования личность должна пройти и актуализировать свой жизненный опыт и мировоззрение. Развертывание из безличной формы всеобщности в личностную форму культуры индивида способствует тем самым приданию идеи формы ценности для субъекта. Анонимно всеобщее переходит в форму индивидуального, субъективного, а индивидуальная жизнь приобретает форму всеобщности.

Понятие «ценность» принадлежит к тем многозначным понятиям, которые распространены и в сфере обыденного сознания, и в сфере научного, в частности, методологического и философского знания. Именно ценность осознается и переживается личностью актуальная значимость, как смысл. Преломляясь через призму индивидуальной жизнедеятельности, ценности входят в психологическую структуру личности как личностные ценности. Каждому человеку присуща индивидуальная, специфическая иерархия личностных ценностей, служащих связующим звеном между духовной культурой общества и духовным миром личности, между бытием общественным и индивидуальным.

Всякая ценность характеризуется двумя свойствами - значением и личностным смыслом. Смысл и значение как феномены психики, внутреннего мира личности возникают и существуют потому, что человеку впервые открывается другая сторона

нравственности. Феномены донравственной психики, не будучи перестроены в процессе осмысления и обозначения в нравственной оценки, не порождают сами по себе эволюционно мир смыслов и значений.

Онкологические заболевания - это те или иные злокачественные опухоли, возникающие из клеток эпителия, в органах и тканях организма. Эпителиальные клетки обладают способностью быстрого деления и размножения. Онкологические заболевания развиваются при перерождении обычных клеток в опухолевые. Причины онкологических заболеваний многочисленны и разнообразны. Так принято выделять:

- Генетические причины. Итальянские ученые обнаружили ген, способствующий развитию меланомы, а британцы Питер Коллинз и его коллеги из Кембриджского университета выявили генетическую аномалию (слияние двух генов в один), которая наблюдалась у 60% детей, страдавших одной из разновидностей опухоли мозга (Ильницкий, 2009)

- Образ жизни. Согласно исследованию, проведенному доктором Манами Инуэ из Национального ракового центра в Токио, люди, ведущие активный, подвижный образ жизни, реже болеют раком. По мнению ученых, это связано с тем, что физические упражнения позволяют поддерживать нормальный вес, а это, в свою очередь, уменьшает риск развития рака желудка, толстой кишки, печени и поджелудочной железы (Ильницкий, 2009)

- Неправильное питание. Например, при употреблении большого количества сахара: печень перерабатывает его в липиды, а большое количество липидов снижает выработку белка SHBG (глобулина, который контролирует количество в крови гормонов тестостерона и эстрогена). Если содержание половых гормонов в крови резко возрастет, это может привести к поликистозу яичников и раку матки у женщин (Ильницкий, 2009)

- Индустрия красоты. Гормональные препараты, имплантаты. Онкологи из Института рака в Амстердаме на основании статистических данных сделали вывод, что наличие грудных имплантатов в 18 раз повышает риск развития Т-клеточной лимфомы (Попова, 2012). По мнению врачей, силикон обладает токсичными свойствами и вредит работе иммунной системы, что ослабляет клеточную защиту, отсюда и злокачественные опухоли.

- Экология. Плохая экологическая обстановка способствует тому, что организм подвергается воздействию вредных веществ, которые начинают влиять на работу клеток. Поэтому в экологически загрязненных районах, как правило, процент онкологических заболеваний превышает норму.

- Стрессы. Непосредственная связь между состоянием нервной системы и развитием онкологии пока не доказана, но статистика утверждает, что среди людей, переживших серьезную стрессовую ситуацию, встречается достаточно большой процент онкологических больных (Попова, 2012). Некоторые специалисты даже считают, что именно стрессы являются основной причиной раковых заболеваний.

- Психологические факторы многообразны и не до конца изучены. К ним относятся и детско-родительские отношения, и личностные особенности, и характер, темперамент и т.д.

Столкновение в жизни с травмирующим событием, горем или стрессом, отчаяние раковых больных не имеет выхода. Они переживают его «в себе», накапливая свою боль, гнев или враждебность. Их характеризует неспособность открыто выражать агрессивные чувства и внутренний запрет на демонстрацию эмоций. Подавление реакций и чувств, которые могут обидеть окружающих, а также избегание конфликтов приводит к внешне видимой «приятной» наружности. Можно также проследить сильную приверженность этих людей к доминирующим социальным нормам. Четко прослеживается желание

соответствовать обществу. Этим людям сложно активно противостоять каким-либо социальным требованиям и отстаивать свои позиции и потребности.

У онкологических больных прослеживается склонность к пессимистической оценке жизненных событий. Длительные дисфории или склонность к депрессивным реакциям, сопровождаются чувством безнадежности и потерей интереса к жизни.

Часто раковые больные стремятся к сохранению привычных ситуаций и поведенческих стереотипов. Это может говорить о повышенном уровне ригидности, отсутствии спонтанности и психологической гибкости, а также небольшом психологическом ресурсе. Не только в стрессовых, но и обычных жизненных ситуациях такие пациенты не склонны к анализу причинно-следственных связей. Они удовлетворяются внешними, формальными проявлениями.

Очень часто раковые пациенты занимают позицию «все зависит от внешних обстоятельств, я ничего не решаю и ничего не могу сделать». Это симптоматика идентификации себя с подростком.

У онкологически больных наблюдается установка на соблюдение некой дистанции в общении и образовании дружеских отношений. Поэтому в трудных ситуациях они с трудом воспринимают поддержку со стороны. Такие больные с большим трудом расслабляются, так как для многих из них характерен высокий уровень тревожности. Он препятствует релаксации и восстановлению психологических ресурсов.

Каждый больной сам определяет позицию по отношению к болезни. Человек, выбирающий позицию жертвы, влияет на свою жизнь тем, что придает повышенное значение таким событиям, которые подтверждают безнадежность его положения. Величина стресса от диагноза определяется: во-первых, значением, которое ему придается, а во-вторых, теми правилами, которые выработались в процессе жизни и, которые указывают на допустимые способы выхода из стрессовой ситуации.

Поскольку эмоциональные состояния могут содействовать появлению болезни, они точно так же могут влиять и на сохранение здоровья. Признавая свое содействие возникновению болезни, пациенты одновременно признают, что в их силах содействовать выздоровлению, делая тем самым первый шаг к нему.

В людях живет такой сильный страх перед раком, что как только они узнают, что у них болезнь онкологического характера, очень часто это становится главной характеристикой таких людей. Человек может выполнять в жизни огромное число ролей: быть родителем, начальником, возлюбленным, может обладать какими угодно качествами - умом, обаянием, чувством юмора, но с этой минуты он становится «раковым больным». Вся его человеческая сущность вдруг заменяется одним - болезнью. Все окружающие, часто включая и лечащего врача, замечают только одно - физический факт онкологического заболевания, и все лечение адресуется исключительно телу человека, но не его личности (Серый, 2008).

Болезнь - это не чисто физическая проблема, это проблема всей личности человека, состоящей не только из его тела, но разума и эмоций. Эмоциональное и интеллектуальное состояние играет существенную роль как в восприимчивости к болезням, включая рак, так и в избавлении от них. Часто рак свидетельствует о том, что где-то в жизни человека имелись нерешенные проблемы, которые усилились или осложнились из-за серии стрессовых ситуаций, произошедших в период от полугода до полутора лет до возникновения рака. Типичная реакция онкологического больного на эти проблемы и стрессы заключается в ощущении своей беспомощности, отказа от борьбы. Эта эмоциональная реакция приводит в действие ряд физиологических процессов, которые подавляют естественные защитные механизмы организма и создают условия, способствующие образованию атипичных клеток.

С целью изучения ценностных ориентаций у пациентов с онкологическим

диагнозом нами была использована методика: «Ценностные ориентации» М. Рокича. Выборка исследования представлена пациентами, находящимися на стационарном лечении в Красноярском краевом клиническом онкологическом диспансере имени А.И. Крыжановского, мужчины и женщины в возрасте от 45 до 65 лет

В результате проведения психодиагностического исследования выявлено, что ведущими для женщин являются общечеловеческие ценности личного счастья: здоровье, любовь, счастливая семейная жизнь. «Здоровье» находится на вершине иерархии, это может объясняться тем, что для любой женщины важным является ее самочувствие и состояние организма. Для мужчин же наоборот, более актуальным и важным по-прежнему осталась активная деятельная жизнь.

Высоким статусом во всех группах при распределении на второе место обладает ценность «счастливая семейная жизнь» в сочетании с высокими показателями по ценности «любовь». Более значимыми они являются для женщин, страдающих раком шейки матки, что, скорее всего, связано с возможной потерей женственности и привлекательности, что может повлечь за собой ухудшение семейных отношений. Так же выявлено, что у женщин высокий процент наблюдается по отношению к ценности «материально обеспеченная жизнь», это может быть связано с беспокойством о предстоящих трудностях лечения и невозможности полноценно выполнять прежнюю работу в полном объеме. Для мужчин же в приоритет выходит ценность жизненной мудрости несколько выше здоровья и счастливой семейной жизни, что может быть связано с желанием в семейной сфере остаться по-прежнему важным, уважаемым и главным.

Низкий уровень наблюдается у следующих ценностей: общественное признание, познание, развитие, развлечения, свобода творчество, счастье других. Это связано с особенностью роли женщины в обществе, ее видение смысла жизни не в карьерных успехах, а в материнстве.

В инструментальных ценностях отмечаются высокие показатели по шкалам: ответственность, образованность, самоконтроль, воспитанность, аккуратность, чуткость, широта жизненных взглядов. Можно сделать вывод, что со временем люди, с онкологическими заболеваниями учатся жить сегодняшним днем, меньше думать о несущественных проблемах. Наблюдается тенденция в более легком отношении к жизни, возможно, это связано с проживанием экзистенциального кризиса, связанного с темой смерти.

Высоким статусом у женщин, перенесших онкологическое заболевание, пользуются духовные ценности: «продуктивная жизнь», «активная деятельная жизнь», «развитие», «уверенность в себе», «любовь», «наличие верных друзей».

Изучение системы ценностей личности больных раком показало их значительную перестройку и выявило специфические закономерности изменений ценностных ориентаций личности в кризисной ситуации - ситуации онкологического заболевания. В большей степени подвержены изменению терминальные ценности, чем инструментальные. Существенно перестраивается высший уровень иерархии ценностей - жизненные цели личности. При этом ценности, которые отмечались больными как менее значимые («независимость», «непримиримость к недостаткам в себе и других», «высокие запросы»), практически не изменяются.

Полученные данные могут быть использованы психологами для разработки индивидуальной программы оказания психологической помощи этой категории больных.

Список литературы

1. Беляев, И. А. Ценностное содержание целостного мироотношения / И. А. Беляев // Вестник Оренбургского государственного университета. - 2004. - № 2. С. 9.

2. Ильницкий, А.П. Первичная профилактика рака: место и роль в противораковой борьбе // Информационный бюллетень «Первичная профилактика рака».- 2009 №7. С. 2-4.
3. Попова, И.П. Мужчины и женщины в сферах занятости и здоровья: контекст девяностых // Женщина в российском обществе. 2012. № 2. С. 21.
4. Серый, А В, Яницкий М.С. Ценностно-смысловая сфера личности / Учебное пособие. - Кемерово: Кемеровский государственный университет, 2008 - 92с.

УДК 159.923-053.6

**СОВМЕСТНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАК СРЕДСТВО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ
ФОРМИРОВАНИЯ НЕГАТИВНЫХ ЭТНИЧЕСКИХ СТЕРЕОТИПОВ У
МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ**

В.В.Лазарян, Ю.В.Живаева
Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Россия – многонациональная страна, в ней живут более ста народов. Большинство из них – коренные народы и народности, для которых Россия – основное или даже единственное место обитания. Кроме того, имеются представители еще более шестидесяти народов, чье основное место проживания находится за пределами Российской Федерации.

Мигранты и принимающее их общество находятся в сложном взаимодействии, отражающем противоречивость интересов сторон. Социальное взаимодействие носит проблемный характер, сопровождается ростом социальной напряженности и конфликтов. Высокая плотность сети глобальных международных, межгрупповых и межличностных связей не позволяет уклониться от контактов, остаться безразличными или нейтральными. В таком тесном взаимодействии резко возрастает опасность отторжения, вражды и прямых столкновений. Такое напряжение очень опасно для столь многонациональной страны, как Россия. И отвести эту опасность могут только культура и навыки высокой толерантности.

В России толерантность имеет особое значение. Развитие межнациональных отношений в наибольшей степени зависит от уровня терпимости населения в этой сфере. Но как показывает статистика, у россиян снижен уровень терпимости к людям других национальностей, почти половина испытывает к ним неприязнь.

Из всего вышесказанного можно сделать вывод, что межэтническое взаимодействие – проблема современности. Эта проблема стала острее, что вызвало необходимость рассмотрения данного вопроса на детском коллективе.

Современные классы – многонациональные классы, которые требуют внимания в вопросах взаимоотношений учащихся разных национальностей. Необходимо проследить возрастные особенности межэтнического взаимодействия между детьми, влияние на это взаимодействие стереотипов. Ведь стереотипы и идентичность являются наиболее явными характеристиками личности, в которых проявляется толерантность. Так многонациональный класс может тоже представлять большую опасность. Детям с раннего возраста необходимо прививать культуру, способность контактировать, не вступая в открытую конфронтацию. Ежедневное взаимодействие учеников, плотные

межличностные связи могут привести к серьезным последствиям, если педагог не будет создавать более позитивную атмосферу в детском коллективе, укреплять доверие между представителями различных этносов.

Всего этого он не сможет достичь, если не будет компетентен в данном вопросе. Не будет знать возрастные особенности взаимодействия учеников между собой, не будет знать о механизмах формирования стереотипов в коллективе, которые в свою очередь занимают важное место и которые дети усваивают от авторитетных для себя людей, опираясь не на свой жизненный опыт (из вторичных источников). Педагогу будет очень сложно регулировать взаимоотношения, если он сам склонен к негативному восприятию людей других национальностей.

Все это говорит о том, что необходима серьезная работа педагога как над собой, так и над учениками, для которых учитель на данном жизненном этапе авторитетное лицо.

В литературе вопрос толерантности, этнических стереотипов, межэтнического взаимодействия освещали такие ученые, как Уолтер Липпман (впервые использовал термин «стереотип»), Т.В. Олпорт, Л.А. Шайгерова, О.Д. Шарова (занимались вопросами толерантности). Также большой вклад внесли В.Г. Крысько, Н.М. Лебедева, Т.Г. Стефаненко. Эту тему в современности освещает большое количество периодических изданий. Не смотря на это, данный вопрос требует постоянных доработок, и поиск ответов на данную проблему продолжается.

Важную роль в межгрупповых отношениях играют социальные стереотипы— упрощенные, схематизированные образы социальных объектов, характеризующиеся высокой степенью согласованности индивидуальных представлений. Стереотипы усваиваются в раннем детстве — обычно из вторичных источников, а не из непосредственного опыта — и используются детьми задолго до возникновения ясных представлений о тех группах, к которым они принадлежат.

Впервые термин социальный стереотип использовал американский журналист и политолог Уолтер Липпман в 1922 г.

Национальные стереотипы – особый вид стереотипов социальных. Под традиционно закрепившимся в общественных науках понятием «национальный (этнический) стереотип» обычно понимается схематизированный образ своей или чужой этнической общности, который отражает упрощенное (иногда одностороннее или неточное, искаженное) знание о психологических особенностях и поведении представителей конкретного народа и на основе которого складывается устойчивое и эмоционально окрашенное мнение одной нации о другой или о самой себе. Огромное влияние на формирование и изменение стереотипов оказывают аффекты и эмоции. Позитивный аффект может снижать тенденцию к стереотипизации или влиять на те процессы, которые происходят во время нее.

Национальные стереотипы принято подразделять на автостереотипы и гетеростереотипы.

Автостереотипы— это мнения, суждения, оценки, относимые к своей этнической общности ее представителями. Гетеростереотипы - совокупность оценочных суждений о других народах.

Познание людьми друг друга – сложный и многоступенчатый процесс. Он проходит через все уровни чувственного и логического отражения, начиная с ощущения и кончая мышлением. Построив образ познаваемого человека на основе фиксирования характеристик его внешности, взаимодействующий с этим человеком субъект обычно не ограничивается таким знанием, он медленно создает систему заключений об этом человеке, содержанием которых является констатация качеств, свидетельствующих о способностях человека или выражающих его отношение к различным сторонам

действительности, а также говорящих об его определенной социально-групповой принадлежности и т. п.

У каждого человека под влиянием общества, членом которого он является, формируются общие нравственно-эстетические требования к другим людям и образуются воплощающие эти требования более или менее конкретные эталоны, пользуясь которыми он дает оценку окружающим его людям. Одновременно у него складываются и требования к людям, связанные с занимаемым ими конкретным положением в обществе и выполняемой ими ролью в том или ином виде деятельности. Соответственно этим требованиям у него возникают и определенные «эталон», с которыми он сопоставляет лиц, выполняющих данную общественную функцию.

Помимо эталонов, выполняющих при познании одним человеком другого, значима роль «мерок», которые, образно говоря, прикладываются к познаваемой личности и которые дают возможность отнести эту личность к какому-то «классу» в той системе «типов», которая у познающего субъекта сформировалась, у человека – субъекта познания других людей всегда могут быть выявлены и «наборы» качеств, которые он имеет тенденцию приписывать тем лицам, «класс» которых, как ему кажется, им установлен.

Большое значение в формировании впечатления о другом человеке имеют «стереотипы», которые актуализируются в сознании оценивающего лица.

С приходом ребенка в школу одним из главных объектов познания для него становятся поведение товарищей, действия и поступки, характеризующие их как учеников. Умение оценить их с этой новой для ребенка точки зрения приходит к нему постепенно, по мере того как он сам усваивает требования, предъявляемые школой к учащимся, и вырабатывает под руководством учителя эталоны для оценки работы и поведения товарищей в учении.

Естественно, что познание младшим школьником других людей не ограничивается только сверстниками. Он постоянно и по разным поводам взаимодействует с детьми старше и моложе себя, у него продолжают развиваться взаимоотношения с родителями и учителем. Он изо дня в день фиксирует особенности их внешнего облика, присущую каждому манеру экспрессивного поведения, видит их занятия в то время, когда они у него на глазах, отмечает и стиль их взаимоотношения с другими людьми. Он слышит их высказывания о работе, мнение о других людях, наблюдает их отношение к различным событиям. Все эти впечатления он обобщает и на их основе у него формируются образы окружающих людей и происходит «наделение» их определенными качествами личности.

Многонациональный коллектив, обладая всеми важнейшими характеристиками развитой группы, требует в то же время особого внимания со стороны руководителя и с точки зрения регулирования существующих в нем взаимоотношений между представителями различных этнических общностей.

В многонациональном коллективе наблюдается большое разнообразие форм межличностных отношений, основанных на национальной принадлежности, культурной специфике, своеобразии языка, обычаях, традиций. Эти отношения трудно охватить вниманием и заботой в полном объеме, но они должны фиксироваться в интересах эффективности воспитательных усилий. На основе всестороннего анализа национального своеобразия отношений и общения можно находить нетрадиционные подходы, устанавливать приоритетность тех шагов, которые следует предпринимать в интересах достижения целей воспитательной деятельности, всего процесса руководства и управления.

Нужна эффективная работа по сплочению членов многонационального коллектива, предотвращению инспирированных извне межнациональных трений.

Таким образом, совместная деятельность является одним из условий коллективного взаимодействия, благодаря которой ученики преодолевают

стереотипы, меняют личное отношение к представителям различных этнических групп.

Совместная деятельность (в социальной психологии) — организованная система активности взаимодействующих индивидов, направленная на целесообразное производство (воспроизводство) объектов материальной и духовной культуры.

Важнейшим элементом воспитательной деятельности в многонациональном коллективе является формирование культуры межнационального общения, формирование у детей таких качеств, как сопереживание и сочувствие, сострадание и готовность помочь советом, содействие и содружество.

Целью нашего эксперимента было изучение этнических стереотипов у младших школьников. Их отношение к людям других национальностей, включение во внутригрупповые отношения учеников этих национальностей. Экспериментальная работа проводилась на базе МБОУ СОШ №64. В исследовании принимали участие ученики 3 классов.

Нами была составлена рабочая программа исследования, эксперимент проводился поэтапно. Нами был подобран диагностический комплекс, включающий в себя следующие методики:

1. Анкета
2. Шкала социальной дистанции (шкала Богардуса)
3. Методика диагностики межличностных отношений Т. Лири
4. Социометрия

Анкета была использована для выявления национальностей, с которыми дети знакомы, сталкивались в своей жизни. Ребятам было предложено ответить на три вопроса:

1. с ребятами каких национальностей вам приходилось встречаться во дворе, на кружках, секциях?
2. какие черты характера вам нравятся, вы цените у людей этих национальностей?
3. какие черты, по вашему мнению, являются отрицательными?

Благодаря шкале социальной дистанции нами была оценена степень социально-психологического принятия учениками друг друга, измерена дистанция, связанная с национальной принадлежностью.

Методика диагностики межличностных отношений Т. Лири предназначена для исследования представлений субъекта о себе и идеальном «Я», а также для изучения взаимоотношений в малых группах.

Методика диагностики межличностных и межгрупповых отношений («Социометрия») Дж. Морено была проведена для того, чтобы определить картину внутригрупповых отношений, в которые включены ученики других национальностей.

С помощью анкеты на начальном этапе исследования были выявлены национальности, с которыми ученики непосредственно сталкивались в жизни. Также было определено их отношение к людям, относящимся к той или иной этнической группе.

Так ученики контрольного класса выделили такие национальности: армяне, азербайджанцы, молдаване, китайцы, киргизы, таджики. Учащиеся экспериментального класса выделили такие национальные группы как: киргизы, армяне, китайцы, таджики, англичане, немцы.

Большинству национальностей дети приписывают отрицательные качества, по их мнению, характеризующие данные этнические группы: неаккуратность, обидчивость, жадность, злость, агрессия, А людям русской национальности испытуемые чаще относили такие качества: добрые, веселые, терпеливые, отзывчивые, вежливые.

Таким образом, первый этап нашего исследования показал, что дети к отдельным национальностям относятся негативно или пренебрежительно, принимая при этом людей своей национальности. Также можно предположить, опираясь на возрастные особенности

детей, что в ответах дети выражали отношение окружающих их людей, отношение общества в целом, отношение авторитетных для них людей.

По результатам шкалы Богардуса мы измерили отношение учащихся контрольной и экспериментальных групп к национальностям: армянин, азербайджанец, молдаванин, китаец, киргиз, таджик, англичанин, немец. Данная методика позволяет определить два основных показателя, каждый из которых имеет два варианта, оценивающих возможную и реальную степени социальной дистанции. Первый показатель – социальная приемлемость, второй показатель – социальная экспансивность.

Из результатов исследования мы сделали вывод, что определенная напряженность, не совсем искренний интерес и сочувствие респонденты испытывают к молдаванам, немцам, англичанам, армянам. Глубокая психологическая неприязнь в целом испытывается к национальностям азербайджане, китайцы, киргизы, таджики. В обеих экспериментальных группах ни к одной национальности не испытывается глубоких позитивных чувств и искреннего интереса.

С помощью методики Т. Лири мы выявили преобладающий тип отношений учащихся к себе и к людям других национальностей. Исходя из полученных данных можно сделать вывод, что в целом отношение учеников контрольного и экспериментального классов к людям других национальностей (армяне, азербайджанцы, молдаване, китайцы, киргизы, таджики) очень схоже.

С помощью методики Дж. Морено мы получили картину внутригрупповых отношений, в которые включены ученики разных национальностей. В общем в выборах учеников ярко прослеживаются возрастные особенности взаимодействия с одноклассниками, влияние на это взаимодействие учебных успехов, личных симпатий и антипатий, а также этнических стереотипов.

На основании первого констатирующего эксперимента мы выделили ряд проблем, которые существуют в классе при принятии детей других национальностей. Учащиеся испытывают негативное отношение к людям других национальностей, которое основывается на незнании и не сформированности национальной идентичности. Дальнейшая работа была направлена на формирование толерантности, собственной идентичности, терпимости в многонациональном коллективе.

Нами была выбрана такая неформальная форма работы как совместная проектная деятельность, в основе которой лежит идея о знакомстве с национальностями через различные аспекты их культуры. Мы выбрали метод проекта, результатом которого будет книга-сборник, содержащая информацию об особенностях, изучаемых национальностей. Нами была запланирована работа в различных направлениях, касающаяся расширения знаний учащихся, формирования положительного отношения к людям других национальностей, развития навыков сотрудничества.

Программа представляет собой ряд занятий, каждое из которых посвящено определенной теме и достижению конкретных задач, которых дети добиваются через совместную творческую деятельность, самостоятельную подготовку и проектирование. На этапе организации и проведения эксперимента мы обозначили ряд задач, а именно:

1. Формировать позитивное отношение через совместную деятельность.
2. Расширять знания учащихся об особенностях других этнических групп.
3. Развивать навыки сотрудничества и взаимопомощи.
4. Развивать навыки эффективного взаимодействия и общения.

Дети принимали участие в совместной деятельности, самостоятельно выполняли задания в группах сменного состава. Это позволило ученикам разных национальностей контактировать между собой, выстраивать новые взаимоотношения, познавать друг друга. Так как, для детей данного возраста очень важно мнение родителей, взрослых,

поэтому мы пытались изменить и их отношение к людям других национальностей, задействуя взрослых во внеклассных занятиях.

I. Организационный этап.

Нами были определены цели нашей программы и каждого занятия в частности. Каждая встреча была связана с определенной тематикой и была направлена на достижение конкретных задач. Проанализировав возможности учеников данной возрастной группы, мы определились с количеством занятий и частотой встреч. Из-за сложности материала было решено ввести дополнительные встречи, на которых дети задавали вопросы, делились найденной информацией. При необходимости на такого рода встречах нами осуществлялось снабжение учеников материалами, ими не найденными. Эти встречи являлись своеобразным контролем за выполнением самостоятельной работы.

Нами также был определен информационный резерв, с помощью которого учащиеся могли подготовиться к занятиям. Им был предложен фонд школьной и домашней библиотек, интернет и сотрудничество с родителями. Так как работа проводилась в группах нами был введен цветовой жребий, который позволил детям произвольно делиться на группы. Занятия были посвящены определенным национальностям, которые встречаются в данном классе. Каждой из них мы присвоили определенный цвет и сделали соответствующих цветов жребий, вытягивая который дети автоматически распределялись на группы. Такой способ деления исключал обиды, споры, желания перейти в другую, более удобную группу.

II. Разработка проекта.

Программа была реализована на учениках 3 «б» класса, работа проводилась со всем классом. Нами было разработано 8 занятий

Каждое занятие включает в себя цели, приветствие, основной этап (информативная часть занятия), подведение итогов, задания к следующему занятию, оформление книги.

Самым оптимальным режимом стала работа три раза в неделю, с периодичностью в один день. Это давало возможность ученикам подготовиться к занятию, подобрать материал, иллюстрации.

На протяжении нескольких недель ребята знакомились с различными национальностями, их традициями и обычаями, праздниками и играми, музыкой и кухней. Занятия отличались от обычных уроков своей структурой (отсутствие подготовительного этапа, этапа закрепления), а так же активностью учащихся, на основе которой и выстраивались встречи. Так ученики выступали в роли учителя, знакомили остальных одноклассников с информацией, которую они подготовили. Именно от детей зависело, насколько интересными, динамичными и насыщенными они будут. Учащиеся совместно выполняли задания, занимались поисковой деятельностью, подбором информации и иллюстраций.

Конечным результатом занятий–встреч с учащимися стала книга–сборник «Народы мира», в которую были включены несколько разделов, каждый из которых был посвящен определенной тематике занятий. Так в книге нашли отражение такие главы как характеристика государств (площадь, денежная единица, население, язык, столица, религия), особенности национальной кухни (рецепты национальных блюд), традиции и обычаи народов, национальные праздники, игры.

Для создания книги использовались цветные карандаши, иллюстрации, аппликации, некоторый текст дети самостоятельно вписывали в разделы, делали зарисовки. Использовались для подачи материала наглядно-образные средства (схемы, карта мира, иллюстрации и т.д.). Были использованы такие виды деятельности: классный час, викторина, беседа, дискуссия.

С целью исследования динамики изменения отношения учеников начальной школы к представителям различных этнических групп нами в контрольном и экспериментальном классах был проведен констатирующий срез повторно и использованы методики:

1. Шкал социальной дистанции (шкала Богардуса).
2. Методика диагностики межличностных отношений Т. Лири.
3. Социометрия (Дж. Морено).

Полученные данные позволяют отследить изменения, произошедшие у младших школьников экспериментальной группы, а также сравнить их с данными младших школьников контрольной группы.

С помощью данной методики мы отследили изменения в отношении учащихся экспериментальной групп к таким национальностям как армяне, азербайджанцы, молдаване, китайцы, киргизы, таджики, англичане, немцы по двум параметрам социальная приемлемость и социальная экспансивность. Нами были предложены национальности, с которыми школьники непосредственно контактируют и национальности, которые встречаются в их семьях.

Из результатов шкалы социальной дистанции второго констатирующего эксперимента видна тенденция в стремлении к взаимодействию с представителями национальностей отличных от русской. Четко прослеживается данная тенденция в отношении представителей молдаванской, таджикской национальностей. Показатели в отношении данных национальностей сменились от отрицательных к положительным.

Таким образом, показатели данной методики в экспериментальной группе говорят о возрастании позитивных чувств, соответственно, уменьшению социальной дистанции и плотному взаимодействию представителей разных этнических групп.

Из результатов контрольной группы младших школьников видно, что показатели по обоим параметрам данной методики ниже, чем показатели экспериментальной группы. В отношении представителей других национальностей по-прежнему в большинстве случаев испытываются менее позитивные этнические чувства, нежели в экспериментальной группе.

Из результатов диагностики межличностных отношений видно, что представления учащихся экспериментальной группы о национальностях, уже основанные на некотором знании, изменились. Они стали более адекватными, реальными и соответствующими действительности. Несомненно, целостных изменений не произошло, в отношении нескольких этнических групп все же прослеживается неприязнь, недооценка и умаление их возможностей. И в оценках младших школьников прослеживается несколько противоречивый характер. Относительно русской национальности характеристики учеников по-прежнему завышены, идеализированы, но в меньшей степени, чем после первого констатирующего среза.

По результатом данной методики в контрольной группе можно констатировать, что в отношениях с представителям различных этнических групп преобладает этническая стереотипизация, недооценка их возможностей и особенностей.

В результате исследования межличностных взаимоотношений также отмечены изменения, произошедшие в структуре отношений данного класса, говорят об индивидуальных изменениях выбираемых и выбирающих, об их развитии, расширении знаний, изменении критериев выбора товарища. Нельзя не отметить влияние программы формирующего эксперимента на взгляды учеников относительно представителей той или иной национальности.

Можно сделать вывод, что на изменение отношения младших школьников экспериментальной группы к представителям других (отличных от русской) национальностей повлияли наши внеклассные мероприятия, представленные совместной деятельностью. Благодаря такой форме работы ученики познакомились более подробно с

национальностями, представленными в классе, и непосредственно контактировали с их представителями, в лице одноклассников.

Анализируя в целом картину внутригрупповых отношений в контрольной группе, мы видим, что почти каждый из учеников изменил отношение к одноклассникам. Лишь некоторые из учащихся, как и прежде, занимают свои традиционные позиции. Каждая из групп расширилась, ее состав изменился. Это говорит о развитии всех учеников, изменении критериев оценки других людей, изменении предпочтений.

Из всего выше проанализированного можно сделать следующий вывод: программа занятий, представленная в виде совместной деятельности учеников младших классов и направленная на предупреждение формирования негативных этнических стереотипов, способствовала расширению знаний учащихся о представителях различных этнических групп, изменению отношения к представителям разных народов и преодолению социальной дистанции. Такие изменения способствуют развитию личности, бесконфликтному установлению контакта, включению во внутригрупповые отношения и избавлению от стереотипного мышления.

Таким образом, мы экспериментально подтвердили, что проведение занятий, основанных на совместной деятельности, с применением метода проекта является эффективным средством предупреждения формирования у младших школьников этнических стереотипов.

Список литературы

1. Агеев В.С. Межгрупповое взаимодействие; социально-психологические проблемы. М., 1990
2. Безюлева Г.В. Толерантность: взгляды, поиск, решение/ Г.В. Безюлева, Г.М. Шеламова. – М.: Вербум – М, 2003. – 168С.
3. Гершунский Б.С. «Толерантность в системе ценностно-целевых приоритетов образования» / «Педагогика», 2002г. № 7.
4. Голошумова Г.С., Свинаина Н.Г. «Этнокультурное образование младших школьников» / «Начальная школа», 2003 г., № 8, С. 22.
5. Голуб Г.Б., Перельгина Е.А., Чуракова О.В. Основы проектной деятельности школьника. Под ред. Когана Е.Я., Изд. Дом «Федеров», 224С.
6. Крысько В.Г. Этническая психология: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2002 – 320 С.
7. Кукушин В.С., Столяренко Л.Д. Этнопедагогика и Этнопсихология/ Кукушин В.С., Столяренко Л.Д. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2000. – 448С.
8. Лебедева Н.М. Введение в этническую и кросс – культурную психологию: Учебное пособие. – М., «Ключ - С», 1999. – С. 224
9. Палаткина Г.В. «Формирование этнотолерантности у младших школьников» / «Начальная школа», 2003 г., № 11, С. 65.
10. Почебут Л.Г. Этническая социальная психология. - Санкт – Петербург: Изд. Университет, 1996 г.
11. Стефаненко Т.Г. Этнопсихология: Учебник для ВУЗов/ Т.Г. Стефаненко. – 3-е изд., испр. и доп. М.: Аспект Пресс, 2003. – 368 С.
12. Толерантное сознание и формирование толерантных отношений (теория и практика): Сб. научн.-метод. ст. – 2-е изд. стереотип. – М.: Моск. психолого-соц. инст., Воронеж: НПО «МОДЭК», 2003. – 368С.

УДК 159.942.5 : 616–001: 159.944.4

ТРЕНИНГ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ УСТОЙЧИВОСТИ ДЛЯ ПОДРОСТКОВ СКЛОННЫХ К АДДИКТИВНОМУ ПОВЕДЕНИЮ

Л.Ф. Маковецкая, Е.И. Стоянова

Государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего профессионального образования

«Красноярский государственный медицинский университет

им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

В последнее время каждый из нас сталкивался с нежелательным поведением подростков, проявляющееся агрессией, вредными привычками, противозаконными действиями. Поэтому важно исследовать данный возрастной период и пути решения избавления от аддикции.

Подростковый возраст рассматривается как этап развития личности, процесс перехода от зависимого, опекаемого детства, когда ребенок живет по особым правилам, установленным для него взрослыми к самостоятельной жизни. В это время складываются, оформляются устойчивые формы поведения, черты характера и способы эмоционального реагирования, которые в дальнейшем во многом определяют жизнь взрослого человека, его физическое и психическое здоровье. Вот почему так велика роль семейного окружения в обеспечении условий, не затрудняющих, а, напротив, способствующих здоровому развитию личности подростка. У подростка часто возникает беспричинное чувство тревоги, колеблется самооценка, он в это время очень раним, конфликтен, может впасть в депрессию. Он должен быть в своих глазах очень умным, очень красивым, очень смелым, очень способным и т.д. В тоже время перестройка отношения подростка к себе влияет не только на его эмоциональное состояние, но и на развитие его творческих способностей и удовлетворённость жизнью вообще. Учёба в это время отходит на второй план. Самооценка подростков противоречива, недостаточно целостна, поэтому в их поведении может возникнуть много немотивированных поступков. Подростки больше других возрастных групп страдают от нестабильности социальной, экономической и моральной обстановки в стране, потеряв сегодня необходимую ориентацию в ценностях и идеалах – старые разрушены, новые ещё не созданы. Резко выраженные психологические особенности подросткового возраста получили название «подросткового комплекса». Он включает в себя перепады настроения - от безудержного веселья к унынию и обратно, а также ряд других полярных качеств, выступающих попеременно. Причем достаточных, значимых причин для подобной смены настроения подростка, по существу, просто может и не быть.

Подростки исключительно эгоистичны, считают себя центром вселенной и единственным предметом, достойным интереса, и в то же время ни один из последующих периодов своей жизни они не способны на такую преданность и самопожертвование, как в этом возрасте. Иногда их поведение по отношению к другим людям грубо и бесцеремонно, хотя сами они невероятно ранимы. Их настроение колеблется между сияющим оптимизмом и самым мрачным пессимизмом.

Тренинг эмоциональной устойчивости работает с самыми различными видами аддиктивного поведения. Принцип действия тренинга таков:

Программа исследования состояла в три этапа. На первом этапе была проведена диагностика для определения склонности подростка к аддикциям и определения эмоциональной устойчивости/неустойчивости. Использовались следующие методики:

тест на зависимость Лозовая, методика определения склонности к отклоняющему поведению Орел, методика определения эмоциональной устойчивости- неустойчивости. На первом этапе исследования было определено, что по методике склонности к отклоняющему поведению это то, что у подростков 35% склонность к аддиктивному поведению и 25% слабости контроля эмоциональных состояний.

Проведение диагностического этапа исследования позволило составить программу сопровождения по снижению аддиктивных наклонностей у подростков. Структура программы состояла из упражнений: «Атомы и молекулы», «Ассоциативный ряд», «Табу», «Цвет моего настроения».

Третий этап исследования (повторная диагностика) позволил определить эффективность проводимых мероприятий на котором было определено:

До проведения коррекционной программы.	После проведения коррекционной программы.
У преобладающего количества подростков составляющие общего эмоционального состояния(самочувствие, активность, настроение) снижены. Данные показатели зависят от различных факторов, таких как: недомогание подростка на момент исследования, усталость, незнакомая ситуация.	У подростков составляющие общего эмоционального состояния (самочувствие, активность, настроение) в пределах нормы.
У подростков 35% аддиктивное поведение и 25% слабость контроля эмоциональных состояний.	Аддиктивное поведение и контроль эмоциональных состояний снижены.

Список литературы

1. Мухина В.С. Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество: Учебник для вузов. – М.: Академия, 2003. - 456 с.
2. Выгорбина А.Е. Специфика воспитательной работы социального педагога. // Педагогика, 2000. №5. - С. 36–41.
3. Шакурова М.В. Социальное воспитание в школе. / Под ред. А.В. Мудрика. – М.: Академия, 2004. - 272 с.
4. Кондратьев М.Ю. Типологические особенности психосоциального развития подростков // Вопросы психологии. - 2007. - № 3. - С.69-78.

УДК 159.923-053.6

ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ИГРОВОЙ И ИНТЕРНЕТ ЗАВИСИМОСТИ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

К.А.Онянова, Ю.В.Живаева

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

В данной работе изучается проблема игровой и интернет зависимостей у подростков. Этот возраст наиболее подвержен различным отклонениям в поведении.

Актуальность исследования игровой и Интернет зависимостей в подростковом возрасте определяется, во-первых, постоянным увеличением числа подростков – пользователей Интернета и так называемых “геймеров” (только с 2006 по 2010 год число подростков, проводящих за компьютером более трех часов в день, увеличилось в четыре раза), во-вторых, тем, что подобные пристрастия оказывают пагубное влияние на психику ребенка, в-третьих, на данный момент времени, проблема игровой и Интернет зависимостей подростков только начинает изучаться. Очень мало работ посвящено исследованию этой проблемы, в русскоязычной литературе данная проблема практически не рассматривается.

Данное исследование проводилось с целью изучения Игровой и Интернет зависимостей у подростков.

Исследование было проведено в МОУ СОШ №151 города Красноярск. Основным предметом деятельности школы является реализация образовательных программ начального общего, основного общего и среднего (полного) общего образования, программ углубленного и профильного изучения предметов естественно-математического, информационно-технологического и других профилей. Исследование проводилось в специально отведенное время для классных часов. В исследовании приняли участие учащиеся восьмых классов в количестве 44 человек: 24 – 8 «а» класс, 20 – 8 «в» класс.

Для выявления уровня зависимости от компьютерных игр был использован тест-опросник для установления зависимости от компьютерных игр, С.В. Красновой [1]. Для исследования уровня Интернет - зависимости был использован тест Кимберли-Янг на Интернет-зависимость.

Анализируя результаты исследования по методике «Тест-опросник для установления зависимости от компьютерных игр» С.В. Красновой в первой подгруппе, можно констатировать, что высокие баллы уровня зависимости от компьютерных игр выявлены у 8% исследуемых. Для 29% исследуемых характерна некоторая зависимость от компьютерных игр. У 63% как таковой игровой зависимости нет.

Анализируя некоторые комментарии подростков в данной анкете, можно сделать вывод, что во многом проводить большое количество времени за компьютером, в частности за играми, им не позволяют родители, у кого-то забирают шнур, у кого-то стоит пароль на компьютере, так же некоторые написали, что их это не интересует.

Если говорить уже об Интернет – зависимости, тут результаты несколько хуже. Анализируя результаты теста Кимберли-Янг на Интернет-зависимость, можно констатировать, что у 50% подростков есть Интернет – зависимость. У 37% - есть некоторые проблемы, связанные с чрезмерным увлечением Интернетом. У 13% подростков нет зависимости вообще.

Исходя из беседы с подростками, подобные результаты ожидаемы, сейчас в интернет можно выйти не только с компьютера, но и с планшета и телефона. Телефоны есть у всех, у большинства планшеты. Поэтому выход в Интернет для них не составляет труда, где бы они не находились, многие говорили, что даже ночью выходят в Сеть. На вопрос, что они там делают, большинство заявило, что в основном для общения с друзьями, кто-то говорил о чтении интересных статей, кто-то толковой причины вообще назвать не мог. Но абсолютно все назвали еще одной причиной – поиск информации для учебы.

Анализируя результаты исследования по методике «Тест-опросник для установления зависимости от компьютерных игр» С.В. Красновой во второй подгруппе, можно констатировать, что высокие баллы уровня зависимости от компьютерных игр

выявлены у 10% исследуемых. Так же для 10% исследуемых характерна некоторая зависимость от компьютерных игр. У 80% как таковой игровой зависимости нет.

Из комментариев подростков, о помехах большего времяпровождения за компьютерными играми, стало ясно, что, так же как и в первой подгруппе, большинству мешают родители, часть из них так же не имеет интереса к компьютерным играм вообще.

Анализируя результаты тестов на Интернет-зависимость подростков по тесту Кимберли-Янг на Интернет-зависимость, можно констатировать, что у 20% подростков есть Интернет – зависимость. У 60% - есть некоторые проблемы, связанные с чрезмерным увлечением Интернетом. У 20% подростков нет зависимости вообще.

Исходя из беседы с подростками, о причинах их пребывания в Сети большинство, что в основном беседуют с друзьями, меньшая часть подростков используют Интернет для чтения каких-либо статей, но никого не нашлось, кто бы просто так выходил в Интернет. И, так же как и в первой подгруппе, абсолютно все сказали, что ищут информацию для учебы. Большинство подростков для выхода в Сеть используют не компьютеры, а телефоны и планшеты.

Говоря об общих результатах исследования в двух классах, то по методике «Тест-опросник для установления зависимости от компьютерных игр» С.В. Красновой, то из 44 опрошенных подростков, зависимы от компьютерных игр – 14%, имеют некоторую зависимость – 31%, не зависимы вообще – 55% опрошенных.

Если же говорить об Интернет – зависимости, то по результатам теста Кимберли-Янг на Интернет-зависимость, то зависимы от Интернета – 36%, имеют некоторые проблемы, связанные с чрезмерным увлечением Интернетом – 48% опрошенных подростков, и не имеют зависимости вообще – 16%.

Подобный разброс в Игровой и Интернет зависимостях ясен, учитывая, что выход в интернет сейчас можно получить практически из любой точки мира, выйти в Интернет можно практически с любого устройства, то и к Интернету тяга у подростков будет больше, нежели к играм. Если за компьютером родители еще как-то могут следить дома, то за всем остальным становится возможным лишь при непосредственном присутствии взрослого рядом.

Досуг является благоприятной почвой для испытания детьми и подростками фундаментальных человеческих потребностей. В процессе досуга ребенку гораздо проще формировать уважительное отношение к себе, даже личные недостатки можно преодолеть посредством досуговой активности. Досуг в существенной степени ответственен в части формирования характера ребенка, в частности таких качеств как инициативность, уверенность в себе, сдержанность, мужественность, выносливость, настойчивость, искренность, честность и др.

Также можно сделать вывод о том, что современные информационные технологии в целом, и компьютерные технологии в частности существенно трансформировали структуру досуга современных детей и подростков. В целом представленные в анкете данные показывают явное влияние техноэволюционных процессов на трансформацию подростковой субкультуры. Перестраиваются и сфера досуга, и информационная среда, изменяются и характеристики учебного процесса. И в этой связи сегодня очевидна необходимость расширения самой проблематики исследований, которые должны затрагивать в первую очередь собственно содержательные аспекты пользования компьютером.

Важно следить за тем, как подросток проводит свое свободное время, нужно обеспечивать ему более благоприятную среду для проведения свободного времени, нежели постоянное просиживание в Интернете или за компьютерной игрой.

Компьютерная зависимость является не хобби и смешным поводом для переживаний, как принято считать. Компьютерная зависимость-это серьезная проблема,

которая причиняет ущерб здоровью современного общества, проблема, с которой нужно и можно бороться.

Литература:

1. Дрепа М. И. Интернет-зависимость как объект научной рефлексии в современной психологии // Знание. Понимание. Умение. — 2009. — № 2. — Р. 189—193.
2. Симпозиум «Интернет-зависимость: психологическая природа и динамика развития» краткое содержание докладов. 10 июня 2009г.
3. Бабаева Ю.Д., Войскунский А.Е., Смыслова О.В. Интернет: воздействие на личность. Гуманитарные исследования в Интернете //М.: Можайск-Терра, 2000г.с. 431
4. [UK Therapist: Two Hours of Gaming Equals a Line of Cocaine. GamePolitics.com](http://www.GamePolitics.com).

УДК 159.923-053.6

ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ТРЕВОЖНОСТИ ДЕТЕЙ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Т.Ю. Павличенко, Ю.В. Живаева
Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Разногласия в дефинициях не мешают большинству исследователей считать, что определенные ситуации или события, способные привести к фиксации страхов в детском возрасте, имеют влияние на дальнейшее поведение и личностные реакции человека. Многие авторы убеждены, что эмоциональные расстройства детей не проходят бесследно, а способствуют возникновению в последующем своеобразных личностных характеристик, нервно-психических и психосоматических отклонений [6].

Конечно, не только тревога служит причиной нарушений поведения, психического и социального здоровья человека — существуют и другие психологические механизмы неблагоприятных вариаций в развитии личности ребенка или подростка. Однако большая часть проблем, с которыми родители «трудных детей» обращаются к психологу и психотерапевту, большая часть явных нарушений, препятствующих нормальному ходу обучения и воспитания, в своей основе связаны с эмоциональной неустойчивостью ребенка, то есть в конечном итоге - с тревогой. Не зная причин возникновения тревоги, механизмов ее развития, преобразования, превращения в другие состояния, зачастую просто невозможно разобраться в том, что происходит с ребенком, каковы истинные мотивы его поступков и, главное, как ему помочь.

Повышенный уровень тревожности свидетельствует о недостаточной эмоциональной приспособленности ребенка к тем или иным социальным ситуациям. Данные исследований Дж. Рейха, Дж. Хенсера, В. Майера (1986) указывают на то, что состояние тревоги связано с изменением когнитивной оценки окружающего мира и самого себя [3]. Экспериментально-психологическое определение степени тревожности предполагает раскрытие внутреннего отношения ребенка к определенной ситуации, дающее косвенную информацию о характере взаимоотношений ребенка со сверстниками и взрослыми в семье и школе.

Одна из ярких особенностей подросткового возраста - личностная нестабильность. Она проявляется, прежде всего, в частых сменах настроения, аффективной «взрывчатости», т.е. эмоциональной лабильности, связанной с процессом полового созревания, физиологическими перестройками в организме. Но личностная нестабильность - это больше, чем колебания эмоционального фона. О том, что в структуре личности подростка нет ничего устойчивого, окончательного, неподвижного говорил и Л.С. Выготский [1].

Подростковый возраст богат переживаниями, трудностями и кризисами. В этот период складываются, оформляются устойчивые формы поведения, черты характера, способы эмоционального реагирования; это пора достижений, стремительно наращивания знаний, умений; становление «Я», обретение новой социальной позиции. Вместе с тем, это потеря детского мироощущения, появление чувства тревожности и психологического дискомфорта. Нужно заметить, что проявление тревожности может протекать в двух вариантах: это страх - гнев и страх - страдание, которые по-разному проявляются, но одинаково могут быть причинами дезадаптации.

Необходимо обратить внимание на значимость семьи и школы в период взросления. Так как подростковый возраст - это противоречие между стремлением казаться и неумением «быть взрослым», противоречие между стремлением к независимости и необходимостью подчиняться указаниям взрослых. Ф. Кендалл в своей книге «Психотерапия детей и подростков» отмечает: «В основе многих исследований, касающихся изучения роли семейных факторов в возникновении детской тревоги, лежит понятие «контроля» или «воспринятого контроля» [1]. Под таким контролем автор понимает степень уверенности детей в том, что их поведение может влиять на события и исходы. Взрослые, страдающие тревожными и депрессивными расстройствами, описывали семейную атмосферу, которая не позволяла им испытать достаточный контроль над различными событиями и отличалась родительской гиперопекой и неодобрительным отношением к самостоятельности, что в последствии и приводило к тревоге и депрессии.

С. Кендалл отмечает, что дети с диагностированной тревогой чаще, чем другие дети, сообщают об отсутствии в своих семьях поддержки, единства и демократичности в принятии решений, а также о более частых конфликтах. При анализе материнских ожиданий и атрибуций относительно способности ребенка справиться со стрессовой ситуацией Ф. Кортландер, С. Кендалл и Э.Паничелли-Миндель сообщили, что матери тревожных детей ожидали от своих детей большего дистресса и меньшей способности справиться с данными ситуациями, чем матери здоровых детей. Подобным же образом матери высоко тревожных девочек, в отличие от матерей девочек с низким уровнем тревоги, чаще вмешивались в решение проблем, когда их дочери выполняли какое-либо задание, и реже ждали, пока ребенок решит задачу самостоятельно. С. Кендалл отмечает, что «в кросскультурном исследовании детских страхов и тревоги, проведенном Р. Донгом, Э. Янгом и С.Оллендиком, был сделан прогноз, по которому китайские обычаи воспитания детей и педагогические убеждения, отличающиеся большим числом запретов и гиперопекой, в условиях Запада должны приводить к более выраженной тревожной и депрессивной симптоматике. Прогнозы этих авторов оправдались, особенно в отношении 11-13-летних детей». С учетом всех этих данных можно сказать, что каждый из перечисленных семейных факторов может вносить свой вклад в тревожное поведение ребенка. Автор говорит о том, что «дети, обладающие пониженным чувством контроля, могут быть более подверженными тревожным переживаниям» [2].

Экспериментальное исследование особенностей тревожности у подростков.

Исследование проводилось на базе ФБОУ ВПО «НГAVT», г.Красноярск. В исследовании принимало участие: 6 девочек и 14 мальчиков подросткового возраста.

С целью изучения проявления тревожности у подростков была использована шкала самооценки уровня тревожности Спилбергера-Ханина .

В результате проведенного исследования тревожности у подростков были получены следующие показатели:

Анализируя результаты исследования, по Шкале реактивной тревожности можно отметить, что для 72% мальчиков и 50% девочек свойственен низкий показатель реактивной тревожности, 21% мальчиков и 50% девочек умеренный показатель тревожности и 7% мальчиков высокий показатель тревожности.

Анализируя результаты исследования, по Шкале личностной тревожности можно отметить, что для 86% мальчиков и 67% девочек характерен умеренный показатель личностной тревожности.

Эти данные свидетельствуют об оптимальном уровне напряженности, адекватной мотивации и готовности к выполнению деятельности подростком.

Так же выявлено, что у 14% мальчиков и 33% девочек имеют низкий показатель тревожности. Для этих подростков характерно низкое чувство ответственности, плохо сформирован мотив деятельности. Но иногда очень низкая тревожность в показателях теста является результатом активного вытеснения личностью высокой тревожности с целью показать себя в «лучшем свете».

Психолого-педагогические рекомендации по работе с тревожными подростками.

Тренинговые занятия направленные на снижение тревожности у подростков.

План тренинга.

Цель тренинга – снижение уровня тревожности у подростков.

Задачи тренинга:

- повышение уровня работоспособности;
- повышение уровня стрессоустойчивости;
- научение способам эффективного расслабления;
- создание ситуации эмоционального комфорта;
- развитие навыков самоконтроля;
- развитие эмоционально-волевой сферы.

Анализ данных профилактической и коррекционной работы свидетельствует, что для повышения их эффективности во многих случаях требуется дополнительная работа по «терапии среды» как семейной, так и детского сада, школы, а значит, организация психокоррекционных мероприятий должна осуществляться в направлениях: родители, педагоги и непосредственно дети. Это положение, особенно важное для дошкольников и младших школьников, остается значимым и для других возрастов, вплоть до раннего юношеского.

Список литературы

1. Артюхова, Т.Ю. Психологические механизмы коррекции состояния тревожности личности.: Дисс...к.пс.наук /Т.Ю. Артюхова. - Новосибирск, 2000.
2. Астапов, В.Н. Функциональный подход к изучению состояния тревоги: статья / В.Н. Астапов // Психологический журнал. - 1992. - № 5. - С. 111 - 117.
3. Божович, Л.И. Проблемы формирования личности / Под ред. Д. И. Фельдштейна. - М.: «Институт практической психологии». - Воронеж, 1995. – 345 с.
4. Вассерман, Л.И. Родители глазами подростка: психологическая диагностика в медико-педагогической практике: Учебное пособие / Л.И. Вассерман, И.А. Горьковая, Е.Е. Ромицына. - СПб.: Речь, 2004.

УДК 159.923-053.6

КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩАЯ ПРОГРАММА КАК СРЕДСТВО

СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ РИГИДНОСТИ ЛЮДЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ДИАГНОЗОМ

Е.В. Первухина, Ю. В. Живаева

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования

«Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Есть работы, указывающие на роль ранней детской или юношеской, не пережитой психологической травмы у больных онкологией. В результате ее, психическая жизнь больных редуцировалась, что проявлялось в ограничении диапазона реагирования и способствовало созданию ригидных связей с окружающими, утрата которых приводила к отчаянию. Отчаяние не имело выхода: они переживали его «в себе», были не способны излить свою боль, обиду, гнев или враждебность на других. Присущая им ригидность, не позволяющая выйти за пределы стереотипов поведения, делала их зависимыми от окружающих и мешала строить отношения с ними на основе доверия к себе, признания ценности и уникальности своей собственной жизни (Бокова, 2000).

Тема психическая ригидность у людей с онкологическим диагнозом актуальна, так как можно отметить увеличение количества заболевших людей. По данным ВОЗ, каждый год заболевают 10 млн. человек. Психические расстройства различной степени выраженности (от психологических донозологических реакций на диагноз и прогноз заболевания до острых психозов) при онкологической патологии — частое явление, наблюдаемое как онкологами, хирургами, гинекологами, так и психиатрами и психологами. Онкологический процесс выступает для психической деятельности в двух важных аспектах. С одной стороны (психогенной), диагноз заболевания, традиционно причисляемого к группе неизлечимых и, как следствие, повышено значимых, превращает один лишь факт заболеваемости в серьезную психическую травму, способную сформировать психические нарушения психогенно-реактивного характера. С другой стороны (соматогенной), онкологическая патология может рассматриваться как крайний, один из наиболее тяжелых в соматическом плане фактор, с комплексом психической и физической астении, истощением, существенно влияющим на психическую деятельность и формирующим соматогенные психические расстройства. К тому же, если онкологический процесс локализуется в гормонозависимых и гормонопродуцирующих органах, то велик риск развития так называемого психоэндокринного симптомокомплекса со специфическими клиническими проявлениями. Вследствие констелляции перечисленных патогенных для психики факторов у людей с онкологическим диагнозом резко возрастает риск суицидальных тенденций. Количество суицидальных попыток при онкологических заболеваниях значительно превышает подобный показатель при иных соматических заболеваниях. Этот факт лишний раз указывает на то, что, во-первых, существуют некоторые отличительные особенности психических переживаний при онкологических заболеваниях, во-вторых, ни одно из существующих заболеваний не несет в себе столь мощной стрессующей нагрузки, как злокачественная опухоль. Частота и выраженность психических реакций на онкологическую патологию зависит во многом от локализации и характера болезненного процесса, наличия метастазов и некоторых других факторов (Галажинский, 2000).

Следует отметить, что поиск корреляций между тяжестью онкологического заболевания и тяжестью психологических переживаний беспредметен, поскольку, если оценить тяжесть рака позволяют количественные математические критерии (величина

опухоли, стадия онкологического процесса, наличие изменений в лимфатической системе и характер метастазирования), то проанализировать и выразить количественно тяжесть психологического состояния или психопатологических симптомов и синдромов представляется затруднительным (даже психотическое нарушение позволительно назвать лишь условно тяжелее непсихотического), что связано с вовлеченностью в процесс личности с ее экзистенциальными параметрами априорно неподдающимся «учету и контролю». Вследствие этого можно считать нецелесообразным указание на глубину психогенных реакций у онкологически больных трех видов: реакции легкой, тяжелой и средней степени. Даже суицидальные попытки по сути не могут отражать объективной тяжести состояния, т.к. в процессе психического переживания участвуют как минимум два агента: объективное событие и личность со спецификой отношения к событию (Галажинский, 2000).

Проблема ригидности, у данной категории больных, в основном, особо заметна после постановления клинического диагноза, так как, зачастую, онкобольным приходится менять образ жизни, ломаются сложившиеся жизненные стереотипы, требуется адаптация к заболеванию, социально-психологическим условиям.

С целью изучения ригидности у людей с диагнозом онкология нами было организовано и проведено исследование на базе Красноярского краевого клинического онкологического диспансера им. Крыжановского. Выборка исследования представлена разными категориями больных онкологией в количестве 20 человек. Средний возраст исследуемых 55 – 65 лет.

С целью исследования ригидности в качестве диагностического инструментария мы использовали Томский опросник ригидности (ТОР) Г.В. Залевского. Томский опросник ригидности (ТОР), созданный Г.В. Залевским и позволяющий оценить психическую ригидность как трудность в изменении программы поведения в целом или отдельных ее элементов в соответствии с требованиями изменяющейся ситуации (Залевский, 2005).

Анализируя показатели исследования людей с онкологическим диагнозом по шкале сенситивной ригидности, которая отражает эмоциональную реакцию человека на ситуации, требующие от него каких-либо изменений на новое, страх перед новым мы обнаруживаем, что у людей с онкологическим диагнозом 65% - это умеренный уровень проявления ригидности, высокий – 40%. Так же у людей с онкологическим диагнозом выявлен низкий уровень сенситивной ригидности, свидетельствующий об отсутствии страха перед новым- 20%.

По шкале установочной ригидности, которая отражает личностный уровень проявления психической ригидности, выраженный в позиции, отношении или установке на принятие-непринятие нового, необходимости изменения самого себя – самооценки, уровня притязаний, системы ценностей, привычек выявлено преобладание так же умеренного уровня в исследуемых выборках. У исследуемых людей с онкологическим диагнозом показатели умеренного уровня характерны для 50%. Соответственно высокий уровень выявлен у 40% испытуемых. Так же, по данной шкале, у 10% больных наблюдается низкий уровень психической ригидности.

РСО (ригидность как состояние) отражает, что в состоянии страха, стрессе, плохого настроения, утомления или болезни человек в высокой степени склонен к ригидному поведению, которое он может и не проявлять в обычных условиях. Высокий уровень характерен для 50% исследуемых людей с онкологическим диагнозом. У 35% исследуемых выявляется низкий уровень психической ригидности.

СКР (симптомокомплекс ригидности) отражает склонность к широкому спектру фиксированных форм поведения. Высокий уровень ригидности наблюдается у 30% испытуемых. У 65% выявляется умеренный уровень психической ригидности.

Актуальная ригидность, отражает неспособность при объективной необходимости изменить мнение, отношение, установку, мотивы, модус переживания. По данной шкале, умеренная психическая ригидность наблюдается у 50% испытуемых, а у 40% наблюдается высокий уровень психической ригидности.

Преморбидная ригидность отражает то, что исследуемый уже в подростковом и юношеском возрасте испытывал трудности в ситуациях, требующих каких-либо перемен, нового подхода, решения. Высокий уровень выявлен у 35% исследуемых, у 55% исследуемых наблюдается умеренный уровень психической ригидности.

У 65% исследуемых по шкале СКР наблюдается умеренный уровень ПР, по этой же шкале наблюдается меньшее число испытуемых - 5%, у которых наблюдается низкий уровень ПР. Очень высокий уровень ПР был выявлен только в шкале РСО у 5% испытуемых.

Анализ полученных данных показывает, что по шкалам Томского опросника ригидности Г.В. Залевского обнаружено преобладание умеренного и высокого уровня ригидности по всем шкалам. Следовательно, исследуемые в большей степени склонны к ригидному поведению, подвержены стереотипизации собственного опыта в силу сформировавшихся фиксированных установок, но при этом некоторые из них обладают способностью при объективной необходимости изменить мнение, отношение, установку (Залевский, 2005).

На основании полученных данных и наблюдения можно сделать вывод о том, что исследуемые люди с онкологическим диагнозом в большинстве своем характеризуются не способностью изменить свое мнение, отношение при объективной необходимости.

По данным наблюдения за испытуемыми, у которых выявлены высокие показатели по шкалам мы можем сделать вывод, что эти больные в лечении ориентируются на четкие правила и предписания, четко следуют инструкциям. Такие больные, в общении, четко отвечают на заданные вопросы, в ситуации, где нужно проявить множество решений, испытуемые пользуются одним стандартным способом и не стараются избрать другого способа действия.

В итоге исследования были составлены следующие рекомендации по понижению психической ригидности:

1. Позволять себе больше свободы, избегать ситуаций, провоцирующих возникновение отрицательных эмоций;
2. Удовлетворять потребности в эмоциональном контакте;
3. Проявлять больше инициативы;
4. Стараться чаще принимать себя, свои поступки, ошибки;
5. Позволять себя быть откровенным;
6. Активно участвовать в различных деятельности и делиться возникающими чувствами.

Список литературы

1. Бокова, О. А. Самоотношение личности и психическая ригидность // Человек как самоорганизующаяся психологическая система: Материалы региональной конференции/ О.А. Бокова. - Барнаул, 2000. - С. 39 - 41.
2. Галажинский, Э.В. Ригидность как общесистемное свойство человека и самореализация личности/ Учеб. для вузов психол. специальности / Э.В. Галажинский – М., 2000.
3. Залевский Г.В. Психическая ригидность – гибкость в структуре личности людей с субъект – субъектной профессиональной ориентацией / Автореф. дис. на соискание уч. степени к. пс. н. спец: 19.00.01 – общая психология, психология личности, история психологии./ Барнаул, 1999. - 25 с.

4. Залевский Г.В. Томский опросник ригидности (ТОР) // Сибирский психологический журнал.- 2005.- №12. С. 22-27

УДК 159.942.2: 616-001:159.944.4

ПРОФИЛАКТИКА НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

В.Д. Попцова, С.М.Колкова

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования

«Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Из многих различных заболеваний, которые разрушают организм человека, психику и жизнь человека, наркомания считается одной самых тяжелых. Зачастую человек становится больным (наркоманом) сознательно, по собственному желанию и по своей воле. Наркомания является одной из самых коварных болезней. Социальная неустроенность и общая деградация, отчужденность, неуверенность в своем будущем, апатия и депрессивные настроения в обществе, отсутствие эффективных механизмов профилактики; не вовлеченность основной массы молодежи в конструктивную общественную, культурную и политическую деятельность; отсутствие позитивного и созидательного досуга у вышеназванной категории лиц; объективные личностные характеристики указанной социальной группы (критическое отношение к старшему поколению с поиском авторитетов среди сверстников, чрезмерная самоуверенность в своих силах, либо же обратное явление, общая социальная незрелость и т.д.) обуславливают особый острый характер данной проблемы государства. Молодежь воспринимает это как модное явление и, следовательно, как руководство к действию [2 с.1].

С каждым годом наркомания все быстрее распространяется по России. В 2010 году по данным статистики в России было зарегистрировано 5,99 миллиона человек, принимающих наркотики. 1,87 миллиона из них составляет школьники и молодежь. Наркомания – одна из самых острых проблем не только в России, но и во всем мире, с которой невероятно сложно бороться. Государственного регулирования недостаточно для искоренения проблемы.

Система упреждающих мер, уберігающих молодых от контакта с наркотиками, у нас развита крайне слабо, именно в ней главный резерв «наступления». Глобальная комиссия наркополитики, которая как понятно из названия, занимается общемировыми проблемами в этой сфере, рекомендовала несколько шагов, имеющих выражено профилактический или реабилитационный характер. В первую очередь, государство должно пересмотреть свое отношение к подросткам, употребляющим наркосодержащие препараты в сторону гуманизации.

Другими словами, зависимые люди должны быть выведены из-под дамоклова меча уголовного преследования, и получать сугубо медицинско-психологическую помощь. Такой подход в нашей стране постепенно приобретает все большие масштабы

Второй аспект – это поощрение экспериментальных, «креативных» методов борьбы. Создание и поддержка различных неправительственных инициатив и волонтерских программ, основанных на научных подходах. Организовывать «заместительную терапию», когда вместо сильнодействующего наркосодержащего препарата, выдается более «мирный» аналог, снимающий абстинентный синдром. Этот

метод к детско-подростковой наркомании пока у нас не применяется. Также в эту группу рекомендаций входят и другие нестандартные методы, подчас слишком «креативные», вроде легализации марихуаны и легких «синтетиков».

Еще одна мера – противостояние на государственном уровне радикальным молодежным течениям, пропагандирующим наркотизацию и аморальный способ жизни. Но главным профилактическим средством, способным уменьшить детскую и подростковую наркоманию, без сомнения, является тотальная пропаганда здорового образа жизни.

Существуют также мероприятия по профилактике, которые условно подразделяются на первичные, вторичные и третичные. Из названия понятно, что первичная профилактика подразумевает работу со здоровыми подростками, среди которых, однако, есть группа риска – те, кто уже пробовал наркотики либо имеет в своем окружении наркоманов.

«Вторичная профилактика подразумевает работу с подростками, которые уже употребляли наркотики ранее, однако при этом не приобрели наркотической зависимости. Третичной профилактикой является профилактика рецидивов.

Существуют следующие методы профилактики наркомании среди подростков, среди которых выделяют:

- медико-психологические, целью которых является развитие эмоциональной устойчивости, адаптация к требованиям общества, формирование стратегий поведения и прочее

- социально-педагогические, которые дают мотивацию к ведению здорового образа жизни, а также информируют подростков о негативных последствиях употребления наркотиков» [6 с.33].

Профилактика наркомании подростков должна проводиться в форме тренингов, а также в игровой форме, что будет наиболее интересно для подростков всех возрастов.

Также профилактика наркомании, мероприятия для которой стоит проводить так, чтобы подросткам было интересно, можно устраивать на дискотеках и других местах, где любят собираться молодежь. Пропаганда отказа от наркотических средств в этом случае принесет большую пользу и даст хорошие показатели.

Как показывает практика, программа профилактики наркомании в значительной степени гарантирует хороший результат, и позволяет оградить молодежь от этой пагубной привычки.

Профилактические мероприятия по предупреждению наркомании необходимо, прежде всего, проводить в школах. Нельзя ограничиваться простым информированием о пагубном влиянии наркотиков на человека. Необходимо наглядно показать школьникам к чему приводит зависимость, повсеместно демонстрировать документальные и художественные киноленты об этой проблеме. Эффективная профилактическая работа в учебных заведениях дает свои плоды, ведь большая часть зависимых людей впервые пробует наркотик в школьном возрасте.

Главная задача социальных работников, при проведении профилактических мероприятий, – это заполнить информационный вакуум подростка. При проведении профилактической работы, необходимо строго придерживаться ряда принципов:

- информация должна носить позитивный характер и не иметь признаков безысходности;

- информация с негативным оттенком должна раскрывать пагубные последствия употребления наркотическим препаратов либо алкоголя;

- стоит избегать прямой демонстрации процесса употребления алкоголя или наркотиков;

- информация не должна быть абстрактной, а носить адресный характер и вызывать у аудитории необходимую мотивацию;

- информацию, которая будет доноситься до адресной публики, должны готовить исключительно специалисты;

- информация, перед использованием в профилактических мероприятиях, должна быть согласована специальным экспертным советом.

Очень эффективным в комплексе профилактических мероприятий является работа телефонных консультационных центров. В настоящий момент в России действует три телефонных службы, которые работают в этом направлении:

- «Горячая линия». Главная задача этой службы - всесторонне информировать людей по вопросам наркотической зависимости и алкоголизма.

- Телефон информационной поддержки людей страдающих наркотической зависимостью. Данная служба работает круглосуточно, без перерывов и выходных.

- «Телефон доверия». Данная служба отличается от других двух тем, что здесь работают исключительно профессиональные психологи.

Не стоит считать, что зависимость – это проблема исключительно только самого наркомана и его ближайшего окружения. На самом деле, это общая проблема. Среди наркоманов широко распространяются такие опасные заболевания как СПИД, гепатиты, венерические болезни. При этом, есть высокий риск не только заболевания, но и распространения заболевания. Употребление наркотиков практически невозможно совместить с учебой либо работой, поэтому молодые люди, втянутые в наркотические сети, быстро теряются в обществе, вступают на преступный путь и в целом становятся опасными для социума.

Немаловажное значение в профилактике наркомании имеет законодательное закрепление необходимых норм по борьбе с наркотизацией. В обязательном порядке необходимо предусмотреть административную ответственность за сам факт употребления наркотических препаратов.

Всемирная организация здравоохранения предусматривает несколько видов профилактики наркомании, а именно, первичную, вторичную и третичную. Вторичная профилактика связана, прежде всего, с выявлением на ранних этапах лиц, страдающих наркотической зависимостью, их лечение, а также реабилитационные мероприятия.

Главное задание третьего вида профилактики это социально-бытовая, трудовая, а также медицинская реабилитация людей, страдающих наркотической зависимостью.

Чтобы профилактика носила более адресный и точечный характер, очень важно определить психотип лиц, которые в первую очередь находятся в зоне риска. Предрасположенность к зависимости имеют психически не уравновешенные подростки, которым свойственно депрессивное состояние, не принимающие или игнорирующие основные общественно-социальные требования и ценности.

Для эффективной борьбы с наркоманией необходимо вести активную деятельность по выявлению мест массового употребления наркотических препаратов. Подросткам очень свойственно стадное чувство, поэтому чаще всего употребление наркотиков проходит в группах.

Немаловажное значение в деле профилактики наркомании играет санитарно-просветительная деятельность среди молодежи.

Однако специалисты по этому вопросу не имеют единой точки зрения. Одни считают, что данную профилактическую работу необходимо вести в школьных заведениях весь учебный год. Другие уверены, что в учебный курс нужно ввести специальную программу по профилактике наркотической зависимости.

Профилактическая работа по антинаркотической направленности, является одним из важнейших направлений в воспитательной деятельности образовательных учреждений.

Так как, подросток испытывает соблазн попробовать наркотики, часто не зная те последствия, которые его ждут.

Любое профилактическое мероприятие начинается с диагностического исследования. Для проведения исследования использован тест-опросник «Выявление группы риска». Участвовали 30 человек, учащихся 2 курса Красноярского государственного медицинского университета имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого. Результаты:

1. 60% пробовали хоть один раз
2. 30% время от времени употребляют
3. 15 % в системе употребляют
4. 10. % не пробовали вообще

Результаты исследования показательны тем, что большая часть юношей и девушек, так или иначе, сталкивается с употреблением наркотиков. А что бы это предотвратить, необходима система профилактических мероприятий.

В Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» существует «Совет по воспитательной работе. Совет создан с целью координации воспитательной работы, внеучебной работы структурных подразделений Университета и молодежных организаций, направлений на организацию воспитательного процесса и формированию молодежной политики в Университете.

В состав Совета по воспитательной работе входят: советник ректора, проректор по учебной работе, начальник управления по воспитательной работе и молодежной политике, начальник управления по внеучебной работе, начальник управления информационной и корпоративной политики, руководитель университетского библиотечного информационного центра, помощник проректора по административно-хозяйственной работе, руководитель психологического центра, деканы/руководители факультетов/институтов/отделений, руководители молодежных организаций Университета, руководители подразделений участвующих в воспитательной работе, иные лица.

Основной целью деятельности Совета является разработка и реализация стратегически выверенной и целенаправленной системы специально организованных и стимулирующих мероприятий по формированию в Университете благоприятной социальной среды для воспитания в обучающихся уважения к законности, дисциплине и правопорядку; потребности к труду как важной жизненной ценности, стремления к саморазвитию и здоровому образу жизни, а так же активизации общественной жизни обучающихся на принципах само- и соуправления и создания действительной структуры социальной адаптации, поддержки и защиты».

При участии Совета по воспитательной работе, нарколога и психолога вуза, можно проводить профилактические мероприятия, направленные на группу риска. Важнейшая роль в обеспечении программы отводится также студентам старших курсов.

Первичная профилактика предполагает систему комплексных мер. Это устраняет узкую направленность профилактики, односторонность мероприятий. Ставится задача раздвинуть рамки работы по профилактике, вводить новые методы, энергичнее заниматься организацией содержательного досуга студенческой молодежи, вовлечения студенческого актива в управление университетом. Создание данной программы является своевременной и необходимой. Реализация программы не требует дополнительных материальных затрат и не нужно специальное оборудование.

Целью программы является:

- создание модели комплексной профилактики наркомании, социальной в социально-психологической реабилитации студентов, имеющих склонность к употреблению наркотиков.

Основными задачами программы являются:

- проведение обучающих семинаров и тренингов для студентов младших курсов;
- обеспечение доступной для студентов психологической и психотерапевтической помощи.

Структура программы.

- Тематические встречи сотрудников правоохранительных органов, медицинских работников со студентами младших курсов.

- Организация внутрифакультетских тренингов по профилактике наркомании.

- Работа отряда волонтеров по противостоянию давлению наркосреды, участию в пропаганде ценностей здорового образа жизни.

Список литературы

1. Авдулова, Т.П. Возрастная психология: Учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования / Т.Д. Марцинковская, Т.П. Авдулова; Под ред. Т.Д. Марцинковская. – М.: ИЦ Академия, 2011. – С-336 .

2. Молодежь и наркомания. Проблемы её решения.// <http://www.newparlament.ru/tribune/view/3672>

3. Шапатина О.В., Павлова Е.А.. Психология развития и возрастная психология. Учебно-методический комплекс для специальности/Психология Издательство «Универс групп» 2007.-109 с.

4. Анохина И.П. Биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ (патогенез) // Лекции по наркологии / Под ред. И.Н. Иванца. – М.: Нолидж, 2012. – С. 129.

5. Аверина А.В. Подростковые проблемы// http://problemnet.info/stati_dly

6. Бардашова А.И. Мероприятия по профилактике наркомании у подростков//Первое сентября.-2014.-№5.-С-10

7. Батюта, М.Б. Возрастная психология: Учебное пособие / М.Б. Батюта, Т.Н. Князева. – М.: Логос, 2013. –С- 306 .

8. Болотова, А.К. Психология развития и возрастная психология: Учебное пособие / А.К. Болотова, О.Н. Молчанова. – М.: ИД ГУ ВШЭ, 2012. – С-321

9. Белогуров С.Б. Популярно о наркотиках и наркоманиях. Книга для всех. - СПб.; М.: Невский Диалект, 2012. – С-119 .

10. Выготский Л.С. История развития высших психических функций. Собрание сочинений. Т.3. – М.: Педагогика, 2013. –С- 336 .

УДК 159.942.2: 616–001:159.944.4

ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИЦИПАЦИОННОЙ СОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ЛИЦ, СКЛОННЫХ К СУИЦИДАЛЬНОМУ ПОВЕДЕНИЮ

А.И. Путкова, С.М. Колкова

Государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего профессионального образования

«Красноярский государственный медицинский университет

им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

На сегодняшний день суицид рассматривается как ведущая причина смертей во всем мире, поэтому он является значительной общественной проблемой. По официальной статистике, каждый год кончают жизнь самоубийством 1 000 000 человек. По неофициальной статистике - более 4 000 000 человек. Если же смотреть статистику конкретно по России, то считается, что за последние 20 лет покончили жизнь самоубийством 830 тысяч человек. При этом за последнее десятилетие число самоубийств среди молодежи выросло в 3 раза.

Данные цифры, подтверждают необходимость более углубленного изучения суицидального поведения в контексте рассмотрения его различных факторов и соответственно актуальность выбранной нами темы исследования.

До настоящего времени не существует единой точки зрения на понимание границ суицидальных феноменов и на непосредственный объект изучения суицидологии. Также в рамках данной науки до сих пор существует множество вариантов определений основных понятий и терминов суицидологии, что связано не только с многовекторностью суицидогенеза, но и с тем, что среди экспертов в области суицидологии растет тенденция к расширению концепции самоубийства (Билле-Браге, Чуприков, Пилягина, 1998) (Чуприков, Пилягина, Войцех, 1999).

Но, однако, к настоящему времени в рамках исследования проблемы суицида в русле суицидологии накоплены значительные знания об этапах, мотивах суицидального поведения, представлены многие модели суицида и выделены детерминанты суицидального поведения, которые в рамках данного исследования представляют собой особый интерес, и которые следует осветить подробно.

В качестве «детерминант» рассматривается весь многогранный спектр причин, потенцирующих суицидальное поведение. Среди них выделяют:

- Социокультуральные и этнокультуральные предпосылки:

К социокультуральным факторам относят: социально-политические, социально-экономические, культуральные и микросоциальные условия, в которых проживает население, то есть особенности текущей исторической ситуации. Влияние этих факторов прослеживается как на индивидуально-личностном, так и на популяционном уровне. Например, материальные и бытовые трудности и потеря всех сбережений, которые часто являются следствием социокультуральных преобразований в обществе, могут быть ведущей причиной суицида (особенно у пожилых людей).

К этнокультуральным факторам относят: особенности национальной психологии и культуры, религиозных убеждений, традиций, обычаев, мифологии.

- Социально-демографические факторы, к которым относятся возраст, гендерные особенности и особенности профессии индивида.

Так, например, у младших школьников, в основном после 9 лет, уже наблюдается суицидальная активность, однако, пиками суицидальной активности являются возраст от 15 до 24 лет, так называемый возраст зрелости (40-60 лет), и третий пик суицидального риска — пожилые люди, уровень суицидов среди которых в 4 раза выше, чем в популяции (Юрьева, 2006).

Если касаться гендерных аспектов, то, невзирая на социокультуральные, экономические и географические различия, частота суицидов среди мужчин во всем мире значительно выше, чем среди женщин. Обратная закономерность наблюдается при совершении суицидальных попыток. Женщины совершают их в 4 раза чаще мужчин (в возрасте 15-40 лет).

Относительно профессий наблюдается следующий расклад: наиболее высокий уровень самоубийств обнаруживается среди врачей, особенно женщин-психиатров, анестезиологов, стоматологов, а также психологов, учителей и адвокатов. Для мужчин-врачей показатель самоубийств вдвое превышает среднестатистический. Женщины-врачи

и женщины-психологи совершают самоубийства в три раза чаще, чем представительницы общей популяции (Старшенбаум, 2005).

- Личностные факторы:

Преморбидные особенности личности, как один из факторов риска аутоагрессивного поведения изучены достаточно глубоко как психиатрами, так и психологами и психотерапевтами. По результатам исследований был выявлен окончательный ряд predisponирующих психолого-психиатрических факторов суицидального поведения, к которым относятся следующие (Амбрумова и Тихоненко, 1980; Мягер с соавт., 1983; Пилягина, 2004 и др):

- ◆ психастенический преморбидный тип личности;
- ◆ повышенная напряженность потребностей;
- ◆ неадекватная личностным возможностям самооценка (заниженная, лабильная или завышенная);
- ◆ снижение толерантности к эмоциональным нагрузкам, стремление к эмоциональной близости;
- ◆ неумение ослабить фрустрацию и низкая способность к формированию психологических защитных механизмов;
- ◆ своеобразие интеллекта (максимализм, бескомпромиссность, незрелость суждений);
- ◆ импульсивность, эксплозивность, эмоциональная неустойчивость и повышенная внушаемость;
- ◆ наличие чувства вины;
- ◆ гипореактивный эмоциональный фон в период конфликтов, затруднение в перестройке ценностных ориентаций;
- ◆ снижение или утрата ценности жизни;
- ◆ инфантильные установки в межличностных отношениях.
- ◆ отсутствие жизненного опыта и недостаточность механизмов планирования будущего, или же антиципационной способности.

Антиципация, или «антиципационные способности», согласно психологическому словарю — способность системы в той или иной форме предвидеть развитие событий, явлений, результатов действий. Соответственно, термин «антиципационная состоятельность», определяет способность личности предвосхищать ход событий, прогнозировать развитие каких-либо ситуаций и собственные реакции на них, действовать с временно-пространственным упреждением (Менделевич, 1996). Противоположный данному определению является термин «антиципационной несостоятельности», который играет ключевое значение в антиципационной концепции неврозогенеза Менделевича.

В данной концепции неврозогенез рассматривается как результат неспособности личности предвосхищать ход событий и собственное поведение во фрустрирующих ситуациях, что обусловлено преморбидными особенностями «потенциального невротика», названными как раз антиципационной несостоятельностью. Так, личность, склонная к невротическим расстройствам, исключает из антиципационной деятельности нежелательные события и поступки, ориентируясь всегда лишь на желательные. В связи с этим, попадая в неспрогнозированную, неблагоприятную и вытесненную в связи с этим из «ситуационного сценария» жизненную коллизию, человек оказывается в цейтноте времени для применения совладающего поведения. И даже если система психологической компенсации у него функционировала нормально, то в условиях расхождения прогноза и при крайней выраженности эмоциональных переживаний (обида, разочарования, недоумения), связанных с этой прогностической ошибкой, человек может не использовать потенциальных возможностей к совладанию с ситуацией и заболевает неврозом.

Также следует сказать, что антиципационные способности являются продуктом социализации и, следовательно, на их формирование существенное влияние оказывают этнические стереотипы поведения. Формированию антиципационных способностей лиц, заболевших неврозами, способствуют широко распространенные традиции, оказывающиеся устойчивыми этнокультурными особенностями и транслирующиеся в процессе воспитания. Они, как правило, закреплены в пословицах, поговорках и диктуют члену этноса строго очерченный стиль поведения, формируя «стереотипизацию опыта».

Так «запрет» прогнозирования человеком отрицательного исхода собственной деятельности и субъективно значимых событий формируют антиципационную несостоятельность. Этнос накладывает табу на разновариантное прогнозирование, диктуя человеку необходимость экспектации лишь эмоционально положительных событий. Подобная традиция приводит к тому, что в условиях неспрогнозированности возникновение нежелательного события оказывается психотравмирующим по характеру и способствует формированию отклоняющихся невротических стереотипов поведения. (Менделевич, 2007).

Это подтверждают и результаты исследований особенностей национальной культуры и психологии, включая антиципационную несостоятельность в число факторов, потенцирующих и лимитирующих то же суицидальное поведение.

Исходя из этого, целью исследования, представленного в этой статье, было изучение уровня антиципации у лиц, склонных к суицидальному поведению. Для реализации этой задачи к исследованию были привлечены студенты КрасГМУ 19 – 21 лет, учащиеся на факультете клинической психологии.

Эмпирическая часть исследования была реализована с помощью таких методик, как «СР-45», являющаяся авторской разработкой П.И. Юнацкевич и предназначенной для выявления склонности к суицидальным реакциям, методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге, представляющая собой психометрическую шкалу самооценки актуального уровня стресса в течение последнего года, методика измерения уровня тревожности (Шкала Дж.Тейлора), предназначенная для измерения проявлений тревожности и тест антиципационной состоятельности (прогностической компетентности) В. Д. Менделевича, предназначенный для выявления и оценки количественных показателей антиципационных способностей.

На основе результатов методик из массы испытуемых была выделена группа лиц, заявленная как отличающаяся склонностью к суицидальному поведению – 15 человек. Для нее характерны в совокупности достаточно высокие показатели по методикам «СР – 45», а также «Методике определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге» и «Шкалы тревожности Тейлора». Данные результаты позволяют предположить, что возможно при некоторых обстоятельствах, испытуемыми может быть реализовано суицидальное поведение.

Остальные испытуемые вошли в группу без склонности к суицидальному поведению – 20 человек, отличающуюся низкими показателями склонности к суицидальному риску, уровня тревожности и обладающие относительно высокой сопротивляемостью к стрессу.

Далее в целях выявления особенностей антиципационной состоятельности у лиц, склонных к суицидальному поведению, испытуемым двух групп было предложено пройти «Тест антиципационной состоятельности (прогностической компетентности) В. Д. Менделевича».

Полученные результаты в группе с вероятностью реализации суицидального поведения расположились следующим образом: у 40% исследуемых результаты говорят о выраженной антиципационной несостоятельности, в то время как у 60% можно констатировать антиципационную состоятельность.

По результатам проведения «Теста антиципационной состоятельности (прогностической компетентности) В. Д. Менделевича» на группе без склонности к суицидальному риску, были же получены следующие результаты: у 33% исследуемых отмечалась антиципационная несостоятельность, в то время как у 67% способность предвосхищения хода событий была в норме.

При сравнении значений данных показателей можно заметить некоторое преобладание антиципационной несостоятельности в случае склонности к суицидальному поведению, что предполагает наличие определенной зависимости уровня развитости антиципации от склонности к суицидальному поведению.

Таким образом, можно говорить о том, что у людей, склонных к реализации суицидального поведения, в общей массе отмечается снижение антиципационных способностей. Однако, следует также сделать вывод о необходимости дальнейших исследований в области изучения данной зависимости.

Список литературы

1. Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А. Диагностика суицидального поведения: Методич. рекоменд. — М., 1980
2. Билле-Браге У., Чуприков А. П., Пилягина Г. Я. Глоссарий суицидологических терминов - Киев, 1998
3. Менделевич В.Д. Антиципационные механизмы невротогенеза // Психологический журнал, 1996. № 4
4. Менделевич В. Д. Руководство по аддиктологии - СПб., 2007
5. Мягер В. К. Профилактика суицидов при пограничных состояниях // Пограничные нервно-психические расстройства.—М., 1983
6. Пилягина Г. Я. Аутоагрессивное поведение: патогенетические механизмы и клиничко-типологические аспекты диагностики и лечения: Автореф. дис.... д-ра мед.наук.— К., 2004
7. Старшенбаум Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия - Москва, 2005
8. Чуприков А. П., Пилягина Г. Я., Войцех В. Ф. Суицидология. Основные термины и понятия - Киев, 1999
9. Юрьева Л. Н. Клиническая суицидология. Монография - Днепропетровск: Пороги, 2006

УДК 159.923.3: 616.1

ИЗУЧЕНИЕ САМОСОЗНАНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Н.Ю.Пугачева, Н.В.Попенко

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования

«Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Актуальность темы исследования обусловлена значительным увеличением числа людей перенесенных ИБС, за последние 15 лет, их число возросло более чем в 3 раза. Это связано, по мнению специалистов, в том числе и с социально-экономическими изменениями в обществе, вызывающими большое число всех соматических заболеваний. Общеизвестно, что сложные жизненные ситуации и соответствующие им переживания:

страх, депрессии, эмоциональные переживания, конфликты все это приводит к возникновению ИБС.

Ишемическая болезнь сердца - важнейшая проблема современного здравоохранения. По целому ряду причин она - одна из главных причин смерти среди населения промышленно развитых стран. Она поражает работоспособных мужчин (в большей степени, чем женщин) неожиданно, в разгар самой активной деятельности. Те, кто не умирает, часто приводит к инвалидизации.

Под ишемической болезнью сердца понимают патологическое состояние, развивающееся при нарушении соответствия между потребностью в кровоснабжении сердца и его реальным осуществлением. Это несоответствие может возникать при сохраняющемся на определенном уровне кровоснабжении миокарда, но резко возросшей потребности в нем, при сохраняющейся потребности, но упавшем кровоснабжении. Особенно выражено несоответствие в случаях снижения уровня кровоснабжения и возрастающей потребности миокарда в притоке крови.

Человек, заболевший тяжелой болезнью, вынужденный на протяжении всей жизни соблюдать строгий терапевтический режим, и возвращающийся к нормальной жизни, работе, общению, принужден учитывать много новых условий, изменений, внесенных болезнью в его жизнь. Наиболее важным здесь является самосознание человека. Ведь высокий уровень развития самосознания отражается главным образом в позитивном самоотношении личности, а самоотношение оказывает регулирующее влияние практически на все аспекты поведения человека, играя особую роль в установлении межличностных отношений, в постановке и достижении целей, в способах формирования и разрешения кризисных ситуаций. От того, как меняется самоотношение, зависит самочувствие, работоспособность, настроение человека, его отношение к окружающему миру, а так же прогноз на будущее.

Изучение самосознание больных пожилого возраста с ИБС, была подобрана выборка из 40 человек:

1. экспериментальная группа – больные ИБС в возрасте 56–75 лет (20 человек);
2. контрольная группа – люди, без данного заболевания в возрасте 56–75 лет (20 человек).

Были применены эмпирические методы исследования:

1. методика исследования самоотношения (МИС) С.Р. Пантелеева;
2. методика личностного дифференциала, адаптированная в НИИ им. В.М. Бехтерева;
3. тест на самоуважение, шкала М. Розенберга.

Полученные в ходе нашего исследования (методика исследования самоотношения (МИС) С.Р. Пантелеева; методика личностного дифференциала, адаптированная в НИИ им. В.М. Бехтерева; тест на самоуважение, шкала М. Розенберга) результаты позволяют сделать следующие выводы:

1. людям с ИБС свойственно защитное поведение личности, желание соответствовать общепринятым нормам поведения и взаимоотношений с окружающими людьми; они более критичны к своему «Я» (низкая самооценка, неуверенность в себе и самоунижение), в отличие от людей без данной патологии;
2. люди, с диагнозом ИБС, являются интровертами, они закрыты, необщительны, пассивны и эмоционально спокойны, так же отмечается недостаточный самоконтроль, зависимость от внешних обстоятельств и оценок, в отличие от людей без данной патологии;
3. больным ИБС свойственно воспринимать себя на общем негативном фоне, видеть только свои недостатки и акцентировать внимание только на своих слабых

сторонах, т.е. у них низкий уровень самоуважения, в отличие от людей без данной патологии.

Список литературы

1. Айвазян Т.А. Основные принципы психокоррекции при гипертонической болезни // Атмосфера. 2002. - Т. 1. - № 2. - С.5-7.
2. Анастаси А., Урбина С. Психологическое тестирование. Санкт-Петербург. 2001. - С. 383-389.
3. Взаимосвязь поведенческих особенностей личности и состояния коронарных артерий у больных ишемической болезнью сердца / В.Н. Федорец, В.Г. Радченко, А.А. Скоромец, К.Л. Козлов // Учебно-методические рекомендации. – СПб. – 2004. – 24 с.
4. Качество жизни больного пожилого и старческого возраста с ИБС после частичной реваскуляризации миокарда /Н.В. Петрова, К.Л. Козлов, В.Н. Федорец, Ю.С. Титков, А.Ю. Титков, Д.А. Коротков, Е.В. Прокофьева // Актуальные вопросы внутренних болезней. Сборник посвящен памяти профессора А.А. Кедрова. Санкт-Петербург, 2005 г. – С. 25-30.
5. Психосоматические и поведенческие проблемы у больных ишемической болезнью сердца пожилого и старческого возраста /К.Л. Козлов, В.Н. Федорец, А.В. Кузнецов //Проблемы геронтологии и гериатрии – 2004. Матер. 2-й республиканской научно-практической конференции с международным участием. Сыктывкар, 27-28 мая 2004 г. – С. 44-45.

УДК 159.9: 316.6

ИССЛЕДОВАНИЕ СООТНОШЕНИЯ ПРОЦЕССА АДАПТАЦИИ С ГРУППОВОЙ СПЛОЧЕННОСТЬЮ У СТУДЕНТОВ

Т.А. Савицкая, М.В.Алькина, Е.И. Стоянова
Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Деятельность человека никогда не осуществляется изолированно от внешней среды. Объекты и явления внешней среды постоянно оказывают определённое воздействие на человека и определяют условия осуществления его деятельности, причем часто их воздействие носит отрицательный характер.

Понятие адаптация – одно из основных в научном исследовании организма, поскольку именно механизмы адаптации, выработанные в процессе эволюции, обеспечивают возможность существования организма в постоянно изменяющихся условиях внешней среды.

Адаптация (от лат. adaptation – приспособление) – термин, введенный в научный оборот физиологами в конце XVIII в. В самом общем виде означает приспособляемость – способность некоего объекта сохранять свою целостность при изменении параметров среды. Свои представления об адаптации высказывали ряд авторов, таких, как: З. Фрейд, Х. Гартман и Э. Фромм, Ж.Пиаже и др.

Адаптация человека имеет два аспекта:

1. Биологический аспект адаптации – общий для человека и животных, включает приспособление организма к устойчивым и изменяющимся

условиям среды: температуре, атмосферному давлению, влажности, освещенности и др. физическим условиям, а также к изменениям в организме: заболеванию, потере какого-либо органа или ограничению его функций.

2. Психологический аспект адаптации – приспособление человека как личности к существованию в обществе в соответствии с требованиями этого общества и с собственными потребностями, мотивами и интересами. Психологическая адаптация осуществляется путём усвоения норм и ценностей данного общества. Важнейшим средством достижения психологической адаптации являются общее образование и воспитание, а также трудовая и профессиональная подготовка (Шустова, 2007).

Успешная адаптация способствует нормальному развитию человека, поддержанию его душевного здоровья.

Что же касается термина «групповая сплоченность», то начало ее систематического изучения относится к концу 40-х гг., когда под руководством Л. Фестингера были выполнены первые специальные исследования. Именно ему принадлежит наиболее распространенное и употребляемое определение групповой сплоченности как «результатирующей всех сил, действующих на членов группы с тем, чтобы удержать их в ней» (Петрова, 2005).

Таким образом, групповая сплоченность способствует удовлетворению человека от пребывания в группе. На состояние сплоченности в трудовом (учебном) коллективе оказывает влияние общая обстановка в обществе, характер общественных отношений, особенности данной сферы трудовой деятельности, особенности реализуемых в ней управленческих процессов, особенности связей с другими трудовыми коллективами.

Другую важную группу факторов, формирующих сплоченность коллектива, представляют собой групповые явления и процессы, происходящие в трудовом коллективе. К таким факторам относится характер официальных организационных связей между членами трудового коллектива, закрепленный в формальной структуре данного подразделения.

Большое влияние на сплоченность коллектива оказывает и его неофициальная организационная структура. Неформальные контакты на учебе и вне ее, сотрудничество и взаимопомощь формируют более комфортный климат, чем недоброжелательные отношения, выражающиеся в ссорах и конфликтах.

Экспериментальное исследование включает в себя несколько этапов. В исследовании приняли участие студенты факультета стоматологии. Выборка испытуемых составила 24 человека. Цель данного исследования – проследить соотношение процесса адаптации с групповой сплоченностью.

Первый этап исследования был направлен на сбор информации об особенностях адаптации к новому коллективу. Для этого была применена методика «Человек под дождем», разработанная двумя психологами — Е. Романовой и Т. Сытько. Данная методика позволяет понять, как человек реагирует на стресс, способен ли он успешно преодолевать жизненные трудности и какими личными ресурсами он располагает, чтобы справиться с ударами судьбы. Сегодня его широко используют для того, чтобы узнать возможности человека к адаптации; его устойчивость к воздействию разнообразных стрессовых ситуаций.

По результатам исследования выделены три группы студентов с разным уровнем готовности к изменяющимся условиям среды:

1. Низкий (наблюдаются затруднения в способности человека приспособиться к состоянию среды) – (25%)

2. Достаточный (наблюдается в целом успешное приспособление к сложившейся среде) – (75%)

3. Высокий (наблюдается активность, уверенность в себе, в своих силах и возможностях) – (10%).

На втором этапе исследования был применен тест «Определение индекса групповой сплоченности», автор К.Сишор. Тест позволяет определить степень интеграции группы, ее сплоченность в единое целое.

По результатам данного теста, были выявлены три группы студентов с разным уровнем групповой сплоченности:

1) средний (в группе отсутствует единство коллектива, наличествуют лишь отдельные группировки по симпатиям, общим интересам) – (14 %).

2) выше среднего (имеется сплоченный коллектив, но присутствуют несколько группировок) – (28 %).

3) высокий (имеется сплоченный коллектив, где среди всех ценится и уважается личность каждого студента) – (58%)

Третий этап включал в себя проведение тренинга, который мог повысить уровень адаптации и групповой сплоченности студентов за счет таких методик, как: «Круг согласия», «Квадрат», «Минное поле», «Электроны», «Метод комплиментов».

Таким образом, согласно результатам проведенного нами исследования было определено, что:

1) студенты с низким уровнем адаптации имеют средний уровень групповой сплоченности, который свидетельствует об отсутствии единства коллектива и преобладании группировок с общими интересами

2) студенты с достаточным уровнем адаптации имеют уровень выше среднего, который говорит о наличии сплоченного коллектива, но ни без различных группировок

3) у студентов с высоким уровнем адаптации в большинстве случаев выявляется высокий уровень групповой сплоченности, где в равной степени принимаются все личности

Таким образом, прослеживается определенная взаимосвязь между адаптацией и сплоченностью коллектива. Для того, чтобы повысить адаптацию в коллективе, можно проводить методики на групповую сплоченность.

Список литературы

1. Мир психологии. Современная психология. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.persev.ru/>

2. Петрова, Н.И. Динамика самоактуализации студентов творческих специальностей / Н.И. Петрова // Вопросы психологии. 2005. - №1.

3. Психологическая лаборатория Литвиновой. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://psylab.flybb.ru/topic612.html>

4. PSYERA. Гуманитарно-правовой портал. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://psyera.ru/urovni-adaptacii-883.htm>

5. Тесты. Психологические тесты online и offline. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://tests.pp.ru/pro/hr1.phtml>

6. Мир психологии. Словари. Психологический словарь. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://psychology.net.ru/dictionaries/psy.html?word=938>

7. Шустова, Н.Е., Гриценко, В.В. Социально-психологическая адаптация молодежи и отношение к социальным нормам / Н.Е. Шустова, В.В. Гриценко // Психологический журнал. 2007, том 28. - № 1. - С.

УДК 159.9: 316.6

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО САМООПРЕДЕЛЕНИЯ УЧЕНИКОВ СТАРШЕГО ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Ю.М.Смирнова, Ю.В.Живаева

Государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего профессионального образования

«Красноярский государственный медицинский университет

им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

В условиях общеобразовательного обучения старшекласснику необходимо сделать жизненно важный выбор, который во многом определит его дальнейшее образование, будущую профессиональную карьеру. В связи с этим особенно актуальным становится подготовить учащихся к самостоятельному и продуманному выбору. Усиленное внимание к вопросам профориентации в образовательных учреждениях со стороны государства побуждает оптимизировать профессиональное самоопределение учащихся средней школы специальной организацией их деятельности через создание системы организационно-психологического сопровождения профориентационной работы (Хекхаузен, 2001).

Сущность профессионального самоопределения заключается в нахождении личностного смысла в выбираемой, осваиваемой и уже выполняемой трудовой деятельности. В настоящее время смысл выбираемой профессии зачастую находится не в самой трудовой деятельности, а в благах получаемых за эту деятельность (уровень зарплаты, статус, престиж и т.п.), что, к сожалению, может в будущем привести к отсутствию интереса в профессиональной деятельности и психологическому кризису (Соломин, 2006).

Цель исследования: расширить ориентирование девятиклассников на специфику профессий и направить спектр на профессию, свойственную характерологическим особенностям личности.

Объект исследования: профессиональное самоопределение как социально-психологический феномен.

Предмет исследования: показатели характеристик профессиональной направленности учащихся девятых классов школы №149 г. Красноярск.

Задачи:

1. Изучить литературу по теме исследования.
2. Подобрать диагностический инструментарий.
3. Выявить показатели характеристик профессиональной направленности учащихся девятых классов.
4. Разработать программу психологического сопровождения, направленную на определение выбора профессии школьников.

Методы исследования:

1. Изучение литературных источников по теме исследования.
2. Метод сбора эмпирических данных: «Анкета профессиональной направленности» (анкета Голланда), анкета «Ориентация», методика экспресс – оценки профессиональных возможностей личности «Йовайши».

Выборка исследования: 48 учеников девятых классов. Ребятам, в среднем, по 15 лет. База исследования: средняя общеобразовательная школа №149 г. Красноярск (МБОУ СОШ №149).

В ходе исследования профессиональной направленности выявлены следующие результаты по методике «Анкета профессиональной направленности».

Для 35,4% (17 чел.) исследуемых характерен «Артистический тип личности». Он отличается воображением и интуицией, эмоционально сложным взглядом на жизнь, независимостью, гибкостью и оригинальностью мышления, хорошими двигательными способностями и восприятием. Ориентирован на эмоции и чувства, самовыражение, творческие занятия, избегание деятельности, требующей физической силы, регламентированного рабочего времени, следования правилам и традициям. Профессиональной средой этого типа, в основном: изобразительное искусство, музыка, литература. Примеры конкретных профессий: музыкант, художник, фотограф, актер, режиссер, и т.д.

Предприимчивым типом личности обладают 23% (11 чел.) учащихся. Для данного типа характерны: энергия, импульсивность, энтузиазм, предприимчивость, агрессивность, готовность к риску, оптимизм, уверенность в себе, преобладание языковых способностей, хорошие организаторские качества. Направленность на лидерство, признание, руководство, власть, личный статус, избегание занятий, требующих усидчивости, большого труда, двигательных навыков и концентрации внимания, интерес к экономике и политике. В профессиональной среде ориентирован на решение неясных задач, общение с представителями различных типов в разнообразных ситуациях, требующее умения разбираться в мотивах поведения других людей и красноречия. Выбирает профессии: Бизнесмен, маркетолог, менеджер, директор, заведующий, журналист, репортер, дипломат, юрист, политик и т.д.

Выявлено 18,7% (9 чел.) исследуемых, для которых характерен «Реалистичный тип личности». Для реалистичного типа личности характерны: активность, агрессивность, деловитость, настойчивость, рациональность, практическое мышление, хорошие двигательные навыки, пространственное воображение, технические способности. Выбирает сферу деятельности, направленную на конкретный результат, настоящее, вещи, предметы и их практическое использование, занятия, требующие физического развития, ловкости, отсутствие ориентации на общение. Ориентирован на профессии, связанные с техникой, сельским хозяйством, военным делом. Проявляет интерес к решению конкретных задач, требующих подвижности, двигательных умений, физической силы. Социальные навыки нужны в минимальной мере. Конкретные профессии: механик, электрик, инженер, фермер, зоотехник, агроном и т.д.

Для 16,6% (8 чел.) исследуемых характерен «Социальный тип личности». Социальный тип личности способен к сопереживанию, активности, зависимости от окружающих и общественного мнения, приспособлению, решению проблем с опорой на эмоции и чувства, преобладание языковых способностей и отличается гуманностью и умением общаться. Ориентирован этот тип на общение с людьми, установление контактов с окружающими, стремление учить, воспитывать. Характерно избегание интеллектуальных проблем. Профессиональной средой этого типа в основном являются: образование, здравоохранение, социальное обеспечение, обслуживание, спорт. Ситуации и проблемы, связанные с умением разбираться в поведении людей, требующие постоянного личного общения, умения убеждать. Примеры конкретных профессий: Врач, педагог, психолог и т.п.

Интеллектуальный тип личности выявлен только для 4,2% (2 чел.). Представителям данного типа присущи: аналитический ум, независимость и оригинальность суждений, гармоничное развитие языковых и математических способностей, критичность, любознательность, склонность к фантазии, интенсивная внутренняя жизнь, низкая физическая активность. Для них предпочтительны: идеи, теоретические ценности, умственный труд, решение интеллектуальных творческих задач, требующих абстрактного мышления, отсутствие ориентации на общение в деятельности, информационный характер общения. Профессиональная среда: Наука. Решение задач, требующих

абстрактного мышления и творческих способностей. Межличностные отношения играют незначительную роль, хотя необходимо уметь передавать и воспринимать сложные идеи. Конкретные профессии: Физик, биолог, программист и др.

И лишь 2,1 % (1 чел.) исследуемых является обладателем конвенционального типа личности. Для него характерны способности к переработке числовой информации, стереотипный подход к проблемам, консервативный характер, подчиняемость, зависимость, следование обычаям, исполнительность, преобладание математических способностей. Нравятся: порядок, четко расписанная деятельность, работа по инструкции, заданным алгоритмам, избегание неопределенных ситуаций, социальной активности и физического напряжения, принятие позиции руководства. Профессиональная среда: экономика, связь, расчеты, бухгалтерия, делопроизводство, требующие способностей к обработке рутинной информации и числовых данных. Примеры выбора профессий: Бухгалтер, финансист, экономист, канцелярский служащий и др.

Предпочитаемые сферы деятельности (По методике Анкета «Ориентация»)

Для 33,3% (16 чел.) исследуемых характерна сфера работы с людьми. Сфера работы с людьми – «человек - человек»: чтобы успешно справляться с профессиями такой группы, необходимо быть общительным, доброжелательным и отзывчивым, отличаться выдержкой, тактом, воспитанностью, обладать хорошо развитой речью, уметь глубоко чувствовать и переживать.

Для 31,3% (15 чел) исследуемых характерна сфера деятельности типа «человек – искусство» - это профессии, где работники - творческие люди, ориентированные на самовыражение, созерцание и созидание прекрасного. Профессиональной средой этого типа, в основном является изобразительное искусство, музыка, литература, дизайнерская деятельность.

Для 18,7% (9 чел.) исследуемых характерны следующие сферы деятельности типа «человек – техника» - это профессии, где труд работников направлен на технические объекты (машины, механизмы, материалы, виды энергии). В профессиях этого типа помогают ориентироваться такие учебные предметы, как физика, химия, математика, черчение. Следует учесть, что к области технических объектов относятся не только «железки», но и всевозможные неметаллические материалы - ткани, пластмассы, пищевое сырье, полуфабрикаты.

Для 12,5% человек характерен тип. Представители данного типа отличаются аккуратностью, способностью удерживать и выполнять заданные инструкции. Предпочитают работать в финансовой, экономической и информационной сфере деятельности.

Для 4,2% (2 чел.) характерен тип «человек-природа». Представителей этих профессий объединяет одно очень важное качество — любовь к природе. Но любовь не созерцательная. Которой обладают практически все люди, считая природу наиболее благоприятной средой для отдыха, а деятельная связанная с познанием ее законов и применением их.

Характерологические особенности, выявленные при помощи методики «Йовайши».

Для 62,5% (30чел) исследуемых рекомендованы профессии «человек» и «художественный образ». Представители данного типа характера обычно находятся в приподнятом настроении, оптимистически относятся к своему будущему, часто переоценивают свои возможности, имеют большое количество планов, широкие интересы, легко увлекаются новым и легко отвлекаются от ставшего уже привычным. Личности, ориентированные на данный тип профессии так же характеризуются быстро меняющимся настроением, легкостью возникновения и протекания чувств, зависимостью поведения от сиюминутного настроения и ситуации. Способны нравиться окружающим, производить благоприятное впечатление быстро ориентироваться в людях, легко вступать

в контакт, приспосабливаться к окружающим, постоянно действовать, легко приспосабливается к быстро меняющимся условиям, поддерживать контакты с широким кругом людей.

Для 29,2% (14 чел.) исследуемых рекомендованы профессии «знаковая система», «техника», «природа». Представители данного типа характера отличаются неуверенностью в своих возможностях, колебаниями при выборе решения, сомнениями в его правильности, стремлением его перепроверять, опасениями по поводу возможных последствий, склонны к пониженному настроению, пессимистически оценивают свои перспективы, предъявляют к себе завышенные требования, недооценивают свою значимость и полезность, склонны к глубоким привязанностям, преданы своим близким и своему делу. Способны преодолевать препятствия и упорно достигать цели, обращать внимание на детали, не упуская из виду никаких мелочей, не доверять первому встречному, принимать ответственность на себя, оказывать помощь другим людям даже в ущерб своим собственным интересам и т.д.

Для 8,3% исследуемых (4 чел.) рекомендованы профессии «природа», «художественный образ». Характерологические особенности людей данного типа профессий выделяются большой силой влечений и чувств, могут непосредственно разряжать свое напряжение на окружающих, не всегда учитывают интересы других людей, часто совершают импульсивные действия. Способны действовать быстро, не раздумывая разрушать препятствия, нападать на врага, противостоять противнику, соперничать с другими людьми и т.д.

Таким образом, каждому типу личности соответствует определенный тип профессий. В том случае, если человек выбирает профессию, соответствующую типу его личности, то он может достичь в ней наибольших успехов и получить наибольшее удовлетворение от работы. Все исследуемые отнесены к представителям типа «человек», «человек-техника», «человек – знаковая система», «человек – природа» именно на тот тип, который выявлен у них им необходимо ориентироваться в выборе профессии.

В процессе исследования, нами была разработана программа (краткий вариант), психологического сопровождения профессионального самоопределения, направленная на совершенствование системы профориентационной работы в школе.

Целью данной программы является создание условий для формирования у учащихся старшего подросткового возраста готовности к самостоятельному и осознанному планированию и реализации перспективы своего профессионального развития.

Задачи: формирование у обучающихся способности к самопознанию, саморазвитию и самоопределению; развитие коммуникативных навыков. Основные методы работы: групповые беседы, анкетирование, диагностические мероприятия, профориентационные упражнения и игры.

Практическая значимость программы: Актуальность - в профориентационной деятельности учащихся, в основе которой лежит концепция сопровождения профессиональной карьеры будущего работника с учетом особенностей рыночной экономики, ответственность за свой профессиональный выбор, дальнейшее успешное трудоустройство.

Реализация программы предполагает: получение учащимися профессионального тестирования оценки психологических особенностей, навыков формирования жизненных и профессиональных планов, опыта прохождения профессиональных методик и упражнений. Для реализации программы понадобится: определить время своей работы в общеобразовательном учреждении, выделить основные направления данной работы, подобрать профориентационные методики (анкеты, тесты, игровые упражнения и т.п.)

Этапы реализации программы:

1. Теоретический уровень: подборка диагностического материала, в соответствии с программой
 2. Ориентировочно-деятельностный: сбор информации (диагностика интересов, склонностей, способностей, профессионального выбора учеников.
 3. Обработка результатов, разработка рекомендаций учащимся по выбору профиля обучения.
 4. Тренинговый этап с элементами саморефлексии учащихся.
 5. Анализ и систематизация материала.
 6. Итоговая диагностика, сравнение результатов тестирования в динамике.
- Ожидаемые результаты реализации программы: развитие у учащихся старшего подросткового возраста готовности к профессиональному и личностному самоопределению.

Список литературы:

1. Соломин И.Л. Современные методы психологической экспресс-диагностики и профессионального консультирования СПб, Речь, 2006)
2. Хекхаузен, Х. Психология мотивации достижения / СПб.: Речь, 2001.

УДК 159.922.7:371.8.062.3:316.628

**ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕХАНИЗМОВ
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ДЕТЬМИ ВТОРОЙ ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ
МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

Я. И. Спасская, О.В. Волкова
Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

В настоящее время существует достаточно большой объем исследований, раскрывающих процесс развития личности с разных сторон (движущие силы, факторы и условия, формы и особенности). Определено, что развитие протекает при тех или иных внешних и внутренних условиях (условиях среды, наследственности, накопленного опыта, целенаправленных или случайных воздействий и др.). Классики отечественной психологии особенно подчеркивают роль социальной среды и активности в психическом развитии детей.

Психическое развитие и ситуация развития в детстве вносят хотя и не всегда очевидный, но очень существенный вклад в становление взрослого человека. Младший школьный возраст занимает узловое место в успешном психическом развитии ребенка (Груздева О.В).

Начало младшего школьного возраста определяется моментом поступления ребенка в школу. Хронологические границы этого возраста определены интервалом от 6 до 11 лет.

Поступивший в школу ребенок автоматически занимает совершенно новое место в системе отношений людей: у него появляются постоянные обязанности, связанные с учебной деятельностью. Близкие взрослые, учитель, даже посторонние люди общаются с ребенком не только как с уникальным человеком, но и как с человеком, взявшим на себя

обязательство (неважно - вольно или по принуждению) учиться, как все дети в его возрасте (Мухина В.С.).

Новая социальная ситуация вводит ребенка в строго нормированный мир отношений и требует от него организованной произвольности, ответственной за дисциплину, за развитие исполнительских действий, связанных с обретением навыков учебной деятельности, а также за умственное развитие. Таким образом, новая социальная ситуация ужесточает условия жизни ребенка и выступает для него как стрессогенная. У каждого ребенка, поступившего в школу, повышается психическая напряженность. Это отражается не только на поведении ребенка, но и на физическом здоровье (Ермолаева М.В).

Очень часто родители младших школьников сталкиваются с ситуацией, когда их ребёнок болеет ОРВИ и ОРЗ чаще сверстников. Они водят детей к докторам, тепло их одевают, приучают к здоровому образу жизни и т.д. Одни малыши благополучно выздоравливают и долгое время не болеют, другие же заболевают снова и снова без видимых на то причин. Таких детей можно отнести ко второй группе здоровья

Дети второй группы здоровья – группа детей диспансерного наблюдения с частыми респираторными заболеваниями и/или обострениями хронических заболеваний дыхательных путей.

Частые и, особенно, тяжело протекающие острые респираторные инфекции могут приводить к нарушению физического и нервно-психического развития детей, способствуют снижению функциональной активности иммунитета, формированию хронических воспалительных процессов в органах дыхания. Частые ОРВИ также могут приводить к социальной дезадаптации ребенка из-за ограниченности общения со сверстниками и пропусков занятий в школе (Глазова Я.А).

В литературе среди основных факторов, способствующих частым ОРЗ, выделяют три группы:

Связанные с состоянием здоровья – это проблемы беременности и родов, недоношенность, анемия, раннее искусственное вскармливание, нарушения со стороны нервной системы, различные виды диатезов, заболевания органов дыхания, дисбактериозы, и др.;

Большую роль в повышенной заболеваемости играют провоцирующие факторы, связанные с уходом за ребёнком: низкая медицинская активность семьи, пассивное курение, пренебрежение закаливанием, физической культурой, нерациональное питание, неблагоприятные социально-бытовые условия, самолечение, частое и длительное применение антибиотиков и других лекарственных препаратов;

Анализ факторов и условий психического развития современных детей показывает, что внешний, социальный фактор является наиболее значимым в возникновении и прогрессировании заболеваний. Так, состояние здравоохранения лишь в 10% случаев является причиной роста числа заболеваний, а наследственность – в 15% случаев, состояние окружающей среды определяет 25% из них, неблагоприятное же влияние условий и образа жизни является причиной 50% заболеваний. Отмечено также, что зачастую процесс обучения и воспитания происходит без учета индивидуальных особенностей детей (Ковалевский В.А, Груздева О.В). Хроническая психотравмирующая ситуация в семье, отсутствие отца или матери, конфликтные отношения между родителями и другими членами семьи – определяют психоэмоциональное состояние ребёнка (Угарова Э.Б.). Этот фактор приводит к различным стрессовым ситуациям, обостряет противоречия между генетико-биологическими задатками и способствует росту заболеваемости детей (Ковалевский В.А, Груздева О.В).

Для того чтобы социально-психологические причины не нанесли вред здоровью, природой были придуманы механизмы психологической защиты. Которые являются «барьером» на пути психотравмирующих ситуаций и защищают от них.

Механизмы психологической защиты - это неосознаваемые психические процессы, направленные на минимизацию отрицательных переживаний.

Тем самым формируется специфическое состояние сознания, позволяющее человеку сохранить гармоничность и уравновешенность структуры своей личности. Такое защитное внутреннее изменение рассматривается как особая форма приспособления к среде.

Но случается так, что механизмы психологической защиты, которые использует организм, бывают, неэффективны и ребенок заболевает. И таких детей как раз и относят ко второй группе здоровья.

Развитие ребенка в условиях заболеваний влияет на формирование его личности. Понятию «Я» у таких детей соответствует отрицательный образ, они сопровождают его отрицательным по смыслу комментарием, за ним скрывается неприятие себя, недовольство своей внешностью, низкая самооценка. Для соматически больного ребенка характерно амбивалентное отношение к болезни. Так, на сознательном уровне большинство детей понимают, что болезнь им мешает: нельзя ходить в гости, на улицу, нужно лечиться, принимать лекарства, но на неосознаваемом уровне болезнь для них более привлекательна, чем здоровье.

Некоторые исследования показывают, что болезнь «выгодна», потому что дает возможность ребенку приблизиться к матери, получить некоторую эмоциональную поддержку в виде заботы и внимания.

Так, дети полагают, что во время болезни их будут больше жалеть, больше обращать на них внимания и заботы. Дети старшего дошкольного возраста, как правило, не понимают причин болезни, часто рассматривают свое заболевание как наказание за плохое поведение. Больной младший школьник чаще сталкивается с затруднениями собственной деятельности, что вынуждает его (в силу присущих детям этого возраста стремления к оптимальному социальному результату и потребности в самостоятельности как собственной внутренней позиции, включающей, в частности, дефицитарный образ Я) в большем числе случаев анализировать поведение (свое и окружающих его людей), более тщательно планировать предстоящую деятельность и осуществлять более жесткое управление в ходе ее осуществления.

В целом же, отношение ребенка к болезни зависит от его возраста, характерологических особенностей, личного опыта, восприятия заболевания и его тяжести, но во многом оно определяется представлением родителей и других членов семьи о болезни (Ковалевский В.А, Груздева О.В).

В сложившейся ситуации появилась потребность в изучении особенностей механизмов психологических защит у различных категорий здоровья детей, так как в современном обществе отмечается «высокий уровень заболеваемости и, как следствие, рост числа часто болеющих детей. Которые являются важной медико-социальной и экономической проблемой в системе охраны здоровья матери и ребенка» (Волкова О.В.).

Поэтому, исходя из вышесказанного, возникает гипотеза о том, что у детей, относящихся ко второй группе здоровья, к младшему школьному возрасту формируются специфические механизмы психологической защиты, отличные от здоровых детей.

Для того чтобы подтвердить или опровергнуть данную гипотезу было проведено исследование в МАОУ Гимназия № 11 имени А.Н. Кулакова города Красноярска. В исследовании приняли участие дети младшего школьного возраста в количестве 42 человек. Из них 21 мальчик и 21 девочка. Исследование проводилось во время основных занятий. Соматический статус детей оценивался в процессе анализа медицинских карт и

информации, полученной в процессе бесед с педагогами образовательного учреждения. После чего детей условно поделили на две равные группы, опираясь на критерий соматического здоровья: здоровые и часто болеющие.

В работе использовался комплекс диагностических методик, в который входят следующие методики; «Человек под дождём», «Незаконченные предложения», «Кинетический рисунок семьи», «Тест фрустрационных реакций Розенцвейга (детский вариант)».

В результате проведения диагностики у здоровой группы испытуемых, было выявлено, что здоровые дети чаще используют механизмы психологической защиты как – идентификация, отрицание, проекция, замещение. Реже используют механизмы защиты как – подавление, вытеснение, рационализация. И совсем не используют механизмы защиты – сновидение и сублимация.

Подобным образом, проведя диагностику у группы испытуемых с ослабленным здоровьем, мы выявили, что дети второй группы здоровья в свою очередь, чаще используют механизмы психологической защиты как – отрицание и проекция. А оставшиеся механизмы – совсем не используют.

Далее, сравнив результаты исследования, был сделан вывод, что болеющие дети чаще своих здоровых сверстников используют механизм защиты как – отрицание и подавление

Таким образом, гипотеза о том, что у детей, относящихся ко второй группе здоровья, к младшему школьному возрасту формируются специфические механизмы психологической защиты, была подтверждена.

У здоровых детей преобладают такие механизмы психологической защиты как: идентификация, отрицание, проекция, замещение.

У часто болеющих детей преобладают такие механизмы психологической защиты как: отрицание и подавление.

Полученные в ходе исследования результаты могут быть использованы родителями, педагогами и психологами в практической работе с детьми. А также полученные результаты могут быть применены при разработке коррекционной программы, которая будет направлена на оптимизацию ассортиментов психологических защит болеющих детей на этапе обучения в младшей школе.

Список литературы

1. Альбицкий В.Ю. Часто болеющие дети. Клиникосоциальные аспекты. Пути оздоровления / Альбицкий В.Ю., Баранов А.А. — Саратов: Изд-во Саратовского медуниверситета, 1986.
2. Бадина Н. П. Роль психолога в адаптации часто болеющих детей / Н. П. Бадина // Вестник практической психологии образования: теоретический и науч.-практический журнал. – 2007. – № 2
3. Бурлачук Л.Ф. Психодиагностика: Учебник для вузов. 2-е изд. / Бурлачук Л.Ф. — СПб.: Питер, 2008.
4. Волкова О.В. Особенности волевого действия часто болеющих детей старшего дошкольного возраста: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. псих. наук: (19.00.04) / Волкова Олеся Владимировна; КГПУ. – Красноярск, 2009. – 1,5 п.л.
5. Глазова Я.А. Часто болеющие дошкольники как дети «группы риска»/ Я.А. Глазова — сборник кафедры «Педагогического образования» КГУ им. Н.А. Некрасова
6. Груздева О.В Социально-психологические факторы и условия, детерминирующие процесс речевого развития соматически больных детей дошкольного возраста (на примере часто болеющих детей и детей с нарушениями опорно-

двигательного аппарата). Автореферат диссертации. Электронное периодическое издание (ЭПИ) № 2(3). 2010.

7. Гуревич П. С. Психология / П. С. Гуревич. — СПб. : издательство Юнити – Дана, 2012.

8. Ермолаева М.В. Психология развития: Методическое пособие для студентов / М.В.Ермолаева – М: издательство НПО 'МОДЭК', 2003

9. Ковалевский В.А, Груздева О.В Соматически больной ребенок дошкольного возраста: специфика социально-психологического развития. / Ковалевский В.А, Груздева О.В — Медицинская психология в России. — 2009. — № 1

10. Крамарь Л. В, Хлынина Ю. О. Часто болеющие дети: проблемы и пути решения /Крамарь Л. В, Хлынина Ю. О. — М: Вестник 2010 —№ 2(34) — С. 9 -12

11. Мирошниченко Л.В. Некоторые причины психосоматических заболеваний у детей / Мирошниченко Л.В. — М: "Клуб родителей Детки.kz" 2012—№8(38)

12. Мухина В. С. Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество: Учебник для вузов. / В. С. Мухина. – М. : Академия, 2003.

13. Смирнова Е. О. Детская психология: учебник для вузов / Е.О. Смирнова. – СПб. : Питер, 2009.

14. Угарова Э. Б. Часто болеющие дети / Угарова Э.Б. — журнал «Заря», 2011

УДК 159.922.7:371.8.062.3:316.628

ОСОБЕННОСТИ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ИНИЦИАТИВНОСТИ ДЕТЕЙ С ОСЛАБЛЕННЫМ ЗДОРОВЬЕМ

М.И. Супрунов, О.В. Волкова

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования

«Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Инициативность – способность личности, выраженная в стремлении к самостоятельным общественным начинаниям, инициативе, активности, предприимчивости.

В настоящее время развитие общества характеризуется все возрастающей динамичностью, проникновением на новые уровни познания природы, изменением социального устройства и возникновением качественно новых видов деятельности в ранее неизвестных областях. Особое значение в подобных условиях приобретает стремление и способность личности активно исследовать новизну и сложность меняющегося мира, а также создавать, изобретать новые оригинальные стратегии поведения и деятельности. Это активное познавательное отношение к действительности должно формироваться с детства.

Обращение к проблеме инициативности учащихся входит в разряд остроактуальных вопросов изучения такого психического феномена, как исследовательская инициативность, которая, обладая мощными побудительными и регулятивными возможностями, в значительной мере способствует эффективному становлению субъектности учебно-познавательной деятельности.

Для успешной исследовательской деятельности ребенку необходима соответствующая мотивация и развитое мышление. Принципиальной особенностью, определяющей специфику познавательной деятельности человека в современных

условиях, является необходимость одномоментного управления множеством новых и разнообразных объектов и явлений, связанных между собой (Новик И.Б.).

Второй актуальный аспект проблемы развития исследовательской инициативности детей связан с вопросами безопасности. В реальной жизни практическое обследование детьми новых объектов часто сопряжено с тем или иным риском. Закономерной реакцией на это являются попытки взрослых контролировать, ограничивать и пресекать любознательность ребенка. Поэтому перед педагогической психологией возникает задача теоретического и экспериментального изучения целей, средств и результатов не только помощи, но и контроля, противодействия исследовательской инициативности и их влияния на познавательное и личностное развитие.

Третьим актуальным аспектом проблемы является возможность развития инициативности детей с ослабленным здоровьем. Соматически ослабленные дети – одна из распространенных «групп риска» в образовательных учреждениях. Развитие здоровых и часто болеющих детей протекает неравномерно и зависит от их индивидуальных психофизиологических особенностей. Соматическая ослабленность детей любого возраста на протяжении всего процесса онтогенетического развития является ограничителем физиологической потребности в движении, а длительная изоляция снижает уровень вербального общения и обуславливает их недостаточную коммуникацию со сверстниками. Чем чаще болеет ребенок, тем большие трудности испытывает он в общении со сверстниками, тем самым лишается возможности двигательного общения в подвижных играх, игровых соревновательных моментах и элементах спортивных игр.

Опираясь на актуальность описанной проблемы, в качестве цели данного исследования было обозначено изучение особенностей исследовательской инициативности детей среднего школьного возраста с ослабленным здоровьем.

Гипотезой этого исследования является предположение о том, что дети среднего школьного возраста, имеющие ослабленное соматическое здоровье, отличаются от здоровых сверстников более низким уровнем исследовательской инициативности.

Исследование было организовано и проведено на базе средней общеобразовательной школы № 42 города Красноярск. Выборку составила группа пятиклассников в количестве 24 человек. Для реализации поставленных задач были использованы комплекс теоретических (теоретико-методологический анализ, обобщение, интерпретация научных данных) и психодиагностических методов (личный опросник Айзенка (детский вариант), многофакторный опросник лидерства и проективная методика «Человек под дождем»). Комплекс диагностических методов отвечают логике и целям обозначенного исследования, подобраны с учетом возраста исследуемых и позволяют в совокупности выявить уровень инициативности у детей. В исследовании принимали участия группа детей с ослабленным здоровьем (12 человек) и группа здоровых детей (12 человек).

Теоретическая значимость исследования заключается в попытке соотнести представления об исследовательской инициативности и возрастные особенности младших подростков с ослабленным здоровьем.

Практическая значимость работы заключается в том, что полученные результаты исследования и разработанные рекомендации могут быть использованы в практической деятельности педагога-психолога образовательного учреждения в работе с детьми, в педагогической деятельности классного руководителя, а также в воспитательной деятельности родителей.

В современной психологической науке существуют разные подходы к исследованию феномена инициативности.

Для понятия исследовательской инициативности более общим, родовым является понятие «инициативность». Под инициативностью понимается комплексное образование, включающее:

а) активное творческое отношение личности к миру, основанное на внутреннем, добровольном побуждении к изобретению новых способов действий и видов деятельности;

б) способность к этим самостоятельным начинаниям и творческому мышлению (Апресян, 1993; Корабельников, 1993; Попов, 1983).

Конкретные инициативы субъекта являются формой проявления инициативности в различных областях и ситуациях.

К.А. Абульханова рассматривает инициативу как «свободную, отвечающую потребностям субъекта форму самовыражения, побудительный аспект деятельности, общения, познания», как опережение личностью внешних требований и проявление творчества, как взаимодополнение свободы и необходимости. На основе разработанного ею теоретического подхода и экспериментальных данных, полученных на взрослом контингенте, К.А. Абульханова строит открытую типологию личности, в которой раскрывается диалектика взаимосвязей инициативы и ответственности.

А.И. Крупнов со своими сотрудниками осуществляет исследование инициативности в русле разрабатываемого им многомерно-функционального подхода к анализу базовых свойств личности и индивидуальности с позиций целостного единства динамического, мотивационного, регуляторного, эмоционального и продуктивного их компонентов. На основе разработанных А.И. Крупновым личностных тестов осуществляется диагностика инициативности в различных областях деятельности взрослых (преподавателей вузов, студентов), старших школьников и подростков (Кудинов, 1999; Пятинин, 1996).

Понятие исследовательской инициативности связано с рядом близких понятий, образующих единое семантическое поле: «интеллектуальная активность», «познавательная активность», «креативность», «любопытность» и «исследовательское поведение». В этом отношении исследовательская инициативность находится в одном ряду с такими фундаментальными понятиями как научение, интеллект, творчество, образуя с ними неразрывную связь (Богоявленская, 1983).

В основе мотивации исследовательской инициативности лежит так называемая любопытность. В западной психологии это термин, обозначающий мотивационную направленность на исследование физического и социального окружения, символических структур и т.д. Оно близко к понятию потребности в новых впечатлениях, которую Л.И. Божович рассматривала как базовую потребность ребенка, и к понятию познавательной активности М.И. Лисиной (1982).

Как отмечают отечественные и зарубежные психологи, история изучения исследовательского поведения берет начало с исследований И.П. Павлова по ориентировочно-исследовательским реакциям. Однако затем, до 50-х гг. исследования в основном концентрировались на реактивности животных и человека. Ценность собственной активности, одним из проявлений которой является исследовательское поведение, была осознана позже. С 50-х гг. начались исследования по этой проблеме, в том числе, на детях: в СССР под руководством А.В. Запорожца и на Западе в основном под руководством Д. Берлайна (Годовикова, 1974).

В настоящее время исследовательское поведение изучается на протяжении всего жизненного цикла и в самых разных видах деятельности – начиная с того, как младенец знакомится с новой погремушкой, и, заканчивая тем, как коллектив ученых строит эксперимент. Хотя исследовательская активность изучается во всех возрастных группах и на разном предметном материале, больше она изучается там, где наиболее ярко выражена

– в формирующихся видах деятельности и новых предметных областях. Наиболее широко проводятся исследования на детях, поскольку у них любая деятельность находится в стадии формирования. Исследовательское поведение и экспериментирование взрослых изучается преимущественно в видах деятельности, связанных с овладением и управлением компьютеризованными системами. Эти виды деятельности играют важную роль в современном обществе, находятся на стадии активного становления, и их удобно анализировать с помощью строгих моделей (Frensch P.A., Funke J., 1995).

Несмотря на широкие исследования в различных областях, единого общепризнанного определения исследовательской активности (деятельности, поведения) нет. Разные авторы определяют ее по-разному. Существуют когнитивные определения исследовательского поведения – например, как поведения, направленного на поиск информации. Д. Берлайн, один из основоположников изучения исследовательского поведения, давал физиологически ориентированное определение: это поведение, направленное на уменьшение возбуждения, вызванного неопределенностью (Berlyne D, 1965).

Отсутствие единого определения исследовательского поведения (деятельности, активности) является одним из проявлений общей проблемы – наличия множества разных определений одного и того же сложного конструкта. Нет единых определений личности, интеллекта, творчества, способностей и т.д. П. Френш и Дж. Функе объясняют это различием целей, теоретических представлений и специфического опыта разных групп исследователей (Frensch P.A., Funke J., 1995).

Исследовательская инициативность выполняет принципиально незаменимые функции в познании. Она обеспечивает овладение реальностью в условиях, когда методы выводного знания малоэффективны и недостаточны. Являясь универсальным компонентом любой человеческой активности и пронизывая все виды деятельности, исследовательская инициативность выполняет важнейшие функции в развитии познавательных процессов всех уровней, а также в социальном развитии и развитии личности.

Одним из важных особенностей развития исследовательской инициативностей являются возрастные изменения ребенка среднего школьного возраста. Познание мира через движение способствует полноценному развитию младшего подростка, поскольку через активное восприятие окружающего пространства ребенок получает возможность формирования социальных и физических качеств, необходимых для полноценной жизнедеятельности. На ранних стадиях онтогенеза влияние среды не осознается человеком, но оказывает решающее влияние на формирование его личности, перцептивных и когнитивных структур, а следовательно и структуры сознания, системы отношений ребенка и его самовосприятия в системе этих отношений. По мере взросления и накопления индивидуального опыта и формирования индивидуального психического склада личности, усиливает роль самого субъекта в выборе тех или иных систем внешних связей и отношений, стиля поведения, тех или иных компонентов среды. Отсюда вытекает важная значимость при переходе ребенка из младшей в среднюю школу, так как среда, которая способна обеспечить развитие инициативности у ребенка, будет являться одним из самых важных факторов.

Исходя из этого, немаловажным фактором будет являться и соматический статус здоровья ребенка, так как в настоящее время проблема развития соматически больных детей является остроактуальной, что связано с ростом количества соматических заболеваний.

В исследовании изучаемой проблемы в данной работе был поставлен целый ряд исследовательских задач, решение которых в сочетании с анализом теоретико – эмпирических исследований по проблеме позволил сделать следующие выводы.

По результатам исследования личностного опросника Айзенка было выявлено преобладающее количество сангвиников у детей с ослабленным здоровьем. По результатам исследования Многофакторного Опросника Лидерства было выявлены высокие показатели по 7 факторам лидерства у детей с ослабленным здоровьем, чем у здоровых детей. По результатам исследования проективной методики «Человек под дождем», в которой исследовались особенности ресурсов, также было выявлено преобладающее количество у детей с ослабленным здоровьем.

Таким образом, гипотеза о том, что уровень инициативности детей с ослабленным здоровьем ниже уровня инициативности здоровых детей не подтвердилась. Дети с ослабленным здоровьем имеют такие особенности как способность к лидерству, умение транслировать свои идеи, преодолевать препятствия на пути достижения цели, использование творческого и креативного подхода при решении задач. Все эти особенности можно охарактеризовать как направленность на разнообразие всех компонентов деятельности.

Эта направленность ребенка на разнообразие всех компонентов деятельности с неустанными попытками выхода за пределы заданного и известного обеспечивает детям с ослабленным здоровьем не только широту и разносторонность обследования конкретного предмета (явления, ситуации), но также обнаружение потенциальных направлений дальнейшего развития.

Соответственно, можно сделать предположение о том, что степень инициативности может не находиться в тесной взаимосвязи с уровнем соматического здоровья детей младшего подросткового возраста и может быть детерминирована рядом других факторов. Данная проблема может являться основанием для проведения перспективного исследования в рамках заявленной проблематики.

Список литературы

1. Абульханова, К.А. Психология и сознание личности (Проблемы методологии, теории и исследования реальной личности): Избр. психол. труды / К.А. Абульханова – М.: Московский психолого-социальный ин-т, 1999. – 224 с.
2. Апресян, Р.Г. Инициативность / Российская педагогическая энциклопедия. М.: 1993. Т. 1. – 367 с.
3. Богоявленская, Д.Б. Интеллектуальная активность как проблема творчества / Д.Б. Богоявленская – Ростов: Изд-во Ростовского ун-та, 1983. – 176 с.
4. Годовикова, Д.Б. Развитие познавательной активности дошкольников как следствие их ориентировочно-исследовательской деятельности в новой ситуации / Новые исследования в психологии. 1974. – № 2 (10). – С. 29-31.
5. Землянухина, Т.М. Особенности формирования любознательности / Дошкольное воспитание. 1986. – № 11. – С. 32-35.
6. Корабельников, А.Н. Инициатива / Российская педагогическая энциклопедия. – М.: Большая российская энциклопедия, 1993. Т. 1. – С. 367.
7. Кудинов, С.И. Психология любознательности: теоретические и прикладные аспекты / С.И. Кудинов – Бийск: НИЦ БиГПИ, 1999. – 274 с.
8. Лисина, М.И. Развитие познавательной активности детей в ходе общения со взрослыми и сверстниками / Вопр. психологии. 1982. – № 4. – С. 18-35.
9. Попов, Л.М. Инициатива и общение в творчестве / Л.М. Попов – Казань: Изд-во Казанского ун-та, 1983. – 88 с.
10. Пятинин, А.Э. Сравнительный анализ психологической структуры инициативности студентов педагогического вуза и опытных преподавателей / А. Э. Пятинин. – М.:, 1993. – 23 с.
11. Berlyne D. Structure and direction in thinking / New York, Wiley, 1965. –378 p.

12. Frensch P.A., Funke J. (Eds). Complex problem solving: the European perspective / Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. 1995. – 340 p.

13. Voss H.-G., Keller H. Curiosity and exploration: A program of investigation / The German journal of psychology. 1986. – Vol. 10 (4). – P. 327-337.

УДК 159.923.3: 616.1

**НАРУШЕНИЕ МЫШЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ
ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ
В БАССЕЙНЕ СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ**

Е.В. Терехова, Н.В. Попенко, Т.Д. Корягина

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования

«Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Инсульт – внезапное расстройство функций головного мозга, вызванное нарушением его кровоснабжения. Термин «инсульт» (от лат. Insul-tus - приступ) подчеркивает, что неврологические симптомы развиваются внезапно. В условиях прекращения притока кислорода нервные клетки гибнут в течение пяти минут. Инсульт называют также «острым нарушением мозгового кровообращения», «апоплексией», «ударом».

Нарушения мозгового кровообращения являются одной из наиболее частых причин инвалидности и смертности среди населения. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, ежегодно регистрируются 100 - 300 случаев инсультов на каждые 100000 населения.

Инсульт нередко оставляет после себя тяжелые последствия, такие как: отсутствие речи (афазия), непонимание обращенной речи; частичный или полный паралич конечностей с повышением тонуса поперечнополосатой мускулатуры (чаще одностороннее); судорожный синдром.

Среди других нарушений высшей нервной деятельности следует выделить: снижение памяти, интеллекта, концентрации внимания (когнитивные нарушения); эмоционально-волевые расстройства; нарушение выполнения сложных двигательных актов при отсутствии парезов, нарушения чувствительности и координации движений; нарушений способности к счету (акалькулия); пространственная дезориентация и др.

Характер последствий зависит от того, в каком именно месте произошло кровоизлияние или образование тромба. Чаще всего страдает небольшой участок мозга, но последствия этого могут быть весьма значительными. Важно, выявить нарушенные функции и по возможности восстановить их – это является основной задачей реабилитации (Кольер, 2000).

Задачи нейропсихологической реабилитации и коррекции предъявляют особые требования к нейропсихологическому обследованию. Для этого необходима диагностическая оценка структуры дефекта с целью выявления сохранных и утраченных звеньев определенной психической функции, выработки тактики и отбора адекватных методов восстановительного и корригирующего обучения, определения прогноза. Как правило, психологическая реабилитация и коррекция сочетаются с направленным фармакологическим воздействием (Глозман, 2012).

Мышление является высшим познавательным психическим процессом. Суть данного процесса заключается в порождении нового знания на основе творческого отражения и преобразования человеком действительности (Маклаков, 2007). Мышление включено во взаимоотношения со всеми психическими процессами, но особые отношения устанавливаются между мышлением и речью. Речь — форма существования мысли.

Рассматривая проблему мышления, нельзя не коснуться вопроса о соотношении мышления и интеллекта. Интеллект не может быть сведен только лишь к мыслительному процессу, несмотря на то что мышление является его важнейшим компонентом. Интеллект — это совокупность, целостность познавательных процессов, обеспечивающая сложную приспособительную деятельность.

Наиболее известна имеющая большое теоретическое и практическое значение систематика расстройств мышления Б. В. Зейгарник (1958, 1962, 1976). Согласно этой систематике, различаются следующие виды нарушения мышления:

Нарушения операционной стороны мышления (процесса обобщения и отвлечения):

- недостаточность уровня обобщения,
- искажение процесса обобщения.

Нарушения динамики мыслительной деятельности (логического строя мышления):

- лабильность мышления («скачка идей»),
- инертность («вязкость») мышления,
- непоследовательность суждений.

Нарушения мотивационного компонента мышления:

- разноплановость мышления,
- резонерство.

Нарушения критичности мышления.

В своих исследованиях патопсихологи пользуются набором специальных экспериментальных методик, каждая из которых отличается направленностью на определенные звенья в протекании психических процессов. В патопсихологических методиках воссоздаются конкретные ситуации. Разрешение их требует от испытуемого конкретного вида деятельности, изучение которого и является целью проводимого исследования. В психологическом эксперименте моделируется некая проблемная ситуация, требующая своего раскрытия, так как отдельные входящие в эту ситуацию элементы находятся в неадекватных соотношениях (С. Л. Рубинштейн, 1958). Решение экспериментального задания сводится к раскрытию взаимоотношений между элементами проблемной ситуации в результате ее анализа и поискам адекватного способа приведения составных частей ситуации в соответствие.

Б. В. Зейгарник (1976) проводит аналогию между патопсихологическими методиками и используемым в медицинской практике методом функциональных проб. Экспериментальная задача подбирается с целью актуализировать определенные умственные операции, которые человек обычно использует в жизнедеятельности, известные побуждающие эту деятельность мотивы.

Результаты проводимых с помощью патопсихологических методик исследований позволяют оценить как характер патологических изменений в протекании психических процессов, их содержание, структуру, так и степень выраженности обнаруженных изменений (Блейхер, 1983).

Для выявления нарушения мышления у больных перенесших ишемический инсульт в среднемозговой артерии мы использовали методику «Исключение предметов». Методика предназначена для исследования аналитико-синтетической деятельности больных, их умения строить обобщения. Для проведения исследования использовались наборы карточек, на каждой из которых нарисованы по четыре предмета. Такие карточки-задачи градуированы по трудности от самых легких до чрезвычайно трудных. Во время

проведения эксперимента больным показывались карточки и давалась инструкция: «Вот здесь на каждой карточке изображены 4 предмета. Три из них между собой сходны, их можно назвать одним названием, а четвертый к ним не подходит. Вы должны назвать линий предмет, и сказать как можно назвать остальные три» (Рубенштейн, 2010).

Методика «Исключение предметов» направлена на исследование особенностей мышления человека. Она позволяет установить уровень обобщения, доступный ребенку или взрослому, а также выявить особенности протекания у них процессов анализа, сравнения и синтеза, приводящих к формированию категории, включающей только три из четырех предъявленных предметов. Наглядная форма предъявления стимулов-предметов, а также возможность дать ответ в форме указания (словесного или двигательного) на «лишний», «неподходящий» к остальным предметам провоцирует испытуемых на использование конкретных связей-ассоциаций, тогда как правильное решение обычно требует отрыва от наглядного образа и перехода на уровень словесного, более абстрактного обозначения группы предметов. Варьирование степени сложности задач означает, что если самые легкие из них могут быть решены на уровне синкретичного, наглядно-действенного обобщения, то для решения более сложных задач нужно подняться уже на уровень житейских, обыденных понятий, а самые сложные могут потребовать обобщений на уровне научных понятий. Оценить используемый при решении задачи на исключение предмета уровень обобщения помогает не только поступающий от испытуемого вариант ответа, но и развернутое словесное объяснение этого ответа, которое обязательно запрашивается экспериментатором.

Ценность методики «Исключение предметов» состоит в том, что с ее помощью можно установить как возрастные возможности процесса обобщения, так и его качественные патологические особенности, к которым относится снижение и искажение уровня обобщения. Известно, что снижение уровня обобщения свидетельствует либо о наличии интеллектуального дефекта разной степени выраженности, либо о деменции. Искажение уровня обобщения обычно встречается при шизофрении. Анализируя особенности процесса обобщения у конкретного испытуемого, можно получить данные о таком диагностически важном нарушении мышления, как разноплановость (Белопольская, 2009).

При проведении исследования были выбраны пациенты, перенёсшие ишемический инсульт в среднемозговой артерии с правосторонним и левосторонним поражением в равном количестве 6 человек. Пациенты мужского и женского пола, от 45 до 79 лет, с разным уровнем образования. Методика проводилась в условиях стационара в Центре нейрореабилитации ФГБУЗ СКЦ ФМБА России.

При проведении исследования пациенты сделали ошибки в исключении предметов. Были допущены ошибки минимум в двух карточках. В среднем пациенты с левополушарным поражением допустили по две ошибки, а пациенты с правосторонним очагом поражения допустили по три ошибки в предъявляемых карточках. С простыми карточками пациенты с легкостью справлялись. Допускались ошибки в более трудных карточках. Пример ошибок: в карточке, где нарисованы: лодка, мотоцикл, тачка и велосипед половина пациентов с левосторонним поражением и половина пациентов с правосторонним поражением выбрали лодку, объясняя тем, что остальные предметы сухопутные. Хотя правильный ответ тачка, а остальные предметы – транспорт. Так же наиболее часто допускались ошибки в карточках, где изображены: самолет, гвоздь, оса и вентилятор, и конверт, радио, телефон, гитара. В первой карточке ошибку допускали, выбрав гвоздь, хотя у большинства вызвало трудность назвать остальные предметы одним общим словом. Высказывали такие варианты как: движущиеся, летающие, предметы с пропеллером. Ответ более простой: лишняя оса, а остальные неодушевленные предметы.

Во второй карточки многие выбирали конверт, т.к. остальные предметы издают звуки. Действительно, здесь просматривается определенная логика, но это логика синкретичного мышления.

Так выявляются такие особенности мышления как снижение уровня обобщения. Снижение уровня обобщения выражается в том, что оно происходит по конкретным или ситуативным признакам, тогда как полноценное обобщение предполагает объединение предметов по существенным признакам.

Проведя исследование по методике «Исключение предметов», можно сделать вывод, что у всех пациентов, не зависимо от: стороны очага поражения, уровня образования, пола и возраста, присутствует такое нарушение мышления – как снижение уровня обобщения.

Сложно сказать, что это нарушение именно последствия инсульта, т.к. до заболевания эти пациенты обследованы не были. Так же, прежде чем, говорить о нарушении мышления, необходимо провести батарею методик, направленные на выявление этих нарушений.

Список литературы

1. Белопольская Н.Л. Исключение предметов (Четвертый лишний): Модифицированная психодиагностическая методика: Руководство по использованию. Изд. 3-е, стереотип. — М.: 2009.
2. Блейхер, В.М. Расстройства мышления. Издательство: К.: Здоровье, 1983 г.
3. Глозман Ж. М., Неропсихологическое обследование: качественная и количественная оценка данных. – М.: Смысл, 2012.
4. Зейгарник Б. В. Патопсихология Издание 2-е, переработанное и дополненное. - М.: Издательство Московского университета, 1986
5. Маклаков А. Г., Общая психология: Учебник для вузов. – СПб.: Питер, 2007.
6. Рубенштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. (Практическое руководство) – М.: Апрель-Пресс, Психотерапия, 2010.
7. Энциклопедия Кольера открытое общество 2000.

УДК159.9: 616.89

ФОРМИРОВАНИЕ АДЕКВАТНОГО ОТНОШЕНИЯ К ЗАВИСИМОМУ ОТ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ СО СТОРОНЫ СОЗАВИСИМЫХ РОДСТВЕННИКОВ

Е.В. Терехова, М.А. Лисняк

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования

«Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

В Десятом пересмотре Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, (МКБ-10) синдром зависимости определяется как комплекс физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление психоактивного вещества или класса психоактивных веществ начинает занимать более важное место в системе ценностей человека, чем другие формы поведения, которые ранее были более важными для него. Основной описательной

характеристикой синдрома зависимости является желание (часто сильное, иногда непреодолимое) употреблять психоактивные средства (которые могут быть или не быть предписаны врачом), алкоголь или табак. Имеются фактические данные о том, что возвращение к употреблению психоактивных веществ после периода воздержания приводит к более быстрому появлению других признаков этого синдрома, чем у лиц, не имеющих синдрома зависимости.

В безусловной форме зависимость охватывает как физические, так и психологические элементы. Психологическая или психическая зависимость относится к нарушению способности контролировать употребление алкоголя или психоактивного средства, в то время как физиологическая или физическая зависимость относится к симптомам толерантности и отмены.

Статистические данные относительно заболеваемости и распространенности в России наркомании, в том числе алкоголизма, неоднозначны.

В 2012-2013 гг. наблюдался быстрый рост госпитализаций больных психозами, связанными с употреблением наркотиков, в том числе среди детского населения. Наряду со снижением показателей общей и первичной заболеваемости опийной наркоманией наблюдается увеличение обращаемости по поводу зависимости от каннабиноидов, психостимуляторов, других наркотиков и полинаркомании. При этом отмечен рост фактов употребления наркотиков, установленных при наркологическом освидетельствовании. Число преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков при этом не снижается, а количество изъятых наркотиков, согласно статистике, уменьшилось.

Общая и первичная заболеваемость алкоголизмом и обращаемости по поводу злоупотребления алкоголем, по данным статистики, также снизилась в сравнении с прошлыми годами. Однако смертность от последствий алкоголизма и число первичных госпитализаций с этой проблемой остается практически неизменным. Таким образом, налицо противоречия в полученных данных. Вероятно, это обусловлено отсутствием крупных популяционных исследований, посвященных употреблению наркотических веществ в России.

Тем не менее, серьезность проблемы очевидна, значительное число молодых людей вовлекается в наркопотребление. Достаточно часто лечебный процесс наркозависимых заключается в дезинтоксикационных мероприятиях и достижении ремиссии. Однако, в процессе лечения зависимости от психоактивных веществ именно реабилитационный этап оказывается определяющим в плане ресоциализации больного наркоманией.

Сегодня зависимость от психоактивных веществ считают одной из форм аддиктивного поведения. Ц.П.Короленко и Н.В.Дмитриева пишут, что все аддиктивныерасстройства объединяют общие психологические механизмы, поэтому коррекция любой формы аддикций не может ограничиваться элиминацией присущего ей способа аддиктивной реализации, т.е. прекращение употребления алкоголя алкогольным аддиктом не избавляет его от лежащих в основе аддиктивных механизмов; прекращение участия в азартных играх не делает гэмблера психологически здоровым и т.д. Во всех подобных случаях весьма вероятен не только рецидив прежней формы аддиктивной реализации, но и смена одной аддикций, другой, например, алкогольной - наркоманической, гэмблинга-алкогольной. Наиболее распространённый недостаток коррекционной работы с аддиктами заключается до настоящего времени в постановке единственной цели: добиться ремиссии. Безусловно, это необходимо, но недостаточно, так, как только такой способ решения проблемы затрагивает лишь малую её часть. Необходимо ответить на вопросы: что представляет собой аддикт, лишенный аддиктивных реализаций, так называемый «сухой аддикт»? Как можно изменить его психическое состояние? Что ему можно предложить взамен?

Следует отчетливо понимать, что сама по себе ремиссия не устраняет аддиктивной системы ценностей, не изменяет сформировавшиеся в процессе аддикции особые отношения с другими людьми. Остается психологический дискомфорт, одиночество, раздражительность, злость, чувство внутренней пустоты, скуки (Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., 2001).

Изложенное выше однозначно убеждает, что в реабилитационном процессе главным действующим компонентом должно быть именно психологическое и психотерапевтическое воздействие как на личность зависимого, так и на его ближайшее социальное окружение, в первую очередь – на семью. Ряд исследователей рассматривают зависимость именно как дисфункцию семьи. Зависимость от психоактивных веществ – семейное заболевание. Неправильное поведение близких людей в отношении зависимого может влечь за собой необратимые негативные последствия.

Семья – это основная система к которой принадлежит человек. Это система, взаимодействующая как единое целое. Каждая семейная система уникальна. Зависимость – симптом нарушенного функционирования всей семейной системы.

Зависимость одного из членов семьи неизбежно нарушает внутрисемейные взаимоотношения. Практика показывает, что в большинстве случаев родители, жена или муж начинают демонстрировать «созависимое поведение». Этот тип поведения опасен как для родственников зависимого человека, так и для него самого.

Созависимость – это состояние одного или нескольких членов семьи больного какой-либо формой зависимости. В литературных источниках понятие «созависимость» на сегодняшний день рассматривают с различных аспектов. Это и физическое состояние человека (как правило, плохое здоровье), и проблемы в поведении и утрата личностных смыслов в результате постоянной концентрации на ком-то другом.

Роберт Сабби считает, что созависимость - «это эмоциональное, психологическое и поведенческое состояние, развившееся в результате подверженности длительному стрессу и использования набора подавляющих правил, которые не позволяют открыто выражать свои чувства, а также прямо обсуждать личные и межличностные проблемы» (Москаленко В.Д., 2002).

Созависимые люди не свободны в своих мыслях, чувствах и поведении. Они обладают навязчивыми состояниями и мыслями о других, чувством вины, низкой самооценкой и игнорируют свои потребности. Согласно наблюдениям специалистов у созависимых родственников, как правило, проявляются симптомы, характерные для алкоголиков и наркоманов: частые головные боли, депрессии, язвенная болезнь желудка, заболевания сердечно-сосудистой системы.

Созависимость формируется в родительском доме. Истоки созависимости человека находятся в его раннем детстве. В первую очередь созависимостью страдают люди, у которых было так называемое «тяжелое детство», люди из неблагополучных семей, где отсутствовал один из родителей или родители являлись алкоголиками, где дети подвергались насилию, люди с детскими травмами.

Созависимые члены семьи используют такие правила и формы взаимоотношений, которые поддерживают семью в дисфункциональном состоянии. Созависимость – это фактор риска рецидива зависимости у больного. Созависимость – это почва для психосоматических заболеваний и депрессии (Москаленко В.Д., 2002). Поэтому в процессе психологической реабилитации зависимого человека важна работа с родственниками для формирования их правильного поведения в семье.

В дисфункциональной семье присутствует много эмоциональной боли и существует запрет на выражение чувств, чувства подавляются. Москаленко В.Д. пишет: «Дети научаются защищать себя в подобных семьях с помощью встроенных в нас механизмов психологической защиты. Дети подавляют свои чувства, отрицают то, что происходит,

проецируют гнев и ненависть на предметы или друзей. Создают иллюзию любви и привязанности. Дети идеализируют и минимизируют, затуманивают свои чувства и сознание. И в конце концов могут вообще ничего не чувствовать. Эти же механизмы защиты интенсивно работают у взрослых зависимых и созависимых лиц».

Дисфункциональная семья имеет ряд характерных признаков:

1. Отрицание проблем и поддержание иллюзий.
2. Вакуум интимности.
3. Замороженные правила и роли.
4. Конфликтные взаимоотношения.
5. Недифференцированность "Я" каждого члена ("Если мама сердится, то сердятся все").
6. Границы личности либо смешаны, либо наглухо разделены невидимыми стенами.
7. Все держат секрет семьи, все поддерживают фасад псевдоблагополучия.
8. Склонность к полярности чувств и суждений.
9. Закрытость системы.
10. Абсолютизирование воли, контроля.

В отличие от дисфункциональной семьи, в здоровой, функциональной семье нет фиксированного центра. Центр смещается от одного члена семьи к другому. Сегодня главное — это проблемы дочери, потом бабушки, потом мои, а потом дойдет очередь и до сына, и до мужа. А в дисфункциональной, созависимой семье, болезнь всегда на первом плане. Мысли, чувства, и поступки созависимых подчинены проявлениям болезни. В функциональной семье:

1. Проблемы признаются и решаются.
2. Поощряются свободы (свобода восприятия, мысли и обсуждения, свобода иметь свои чувства, желания, свобода творчества)
3. Каждый член семьи имеет свою уникальную ценность, различия между членами семьи высоко ценятся.
4. Члены семьи умеют удовлетворять свои потребности.
5. Родители делают то, что говорят.
6. Ролевые функции выбираются, а не навязываются.
7. В семье есть место развлечениям.
8. Ошибки прощаются, на них учатся.
9. Гибкость всех семейных правил, законов, возможность их обсуждения.

Самое сильное влияние на личность дисфункциональная семья оказывает в детстве и даже высказывается мнение о том, что предрасположенность к зависимостям формируется к трехлетнему возрасту.

По этому поводу Пилипенко А.В. (2011) пишет: «Важно довести до осознания, какие послания были получены в детстве, какой процесс был сформирован тогда. Но также следует уделить внимание тому, какой ресурс может быть взят из детского возраста. Детство всегда содержит ресурс, даже детство, проведенное в дисфункциональной семье. Этот ресурс аддикт может «взять» из своего детства и «использовать» его во взрослой жизни». Этим ресурсом могут быть: детская дружба, образы любимых героев книг и кинофильмов, первые победы, мечты, поддержка родных людей и педагогов и т.д.

Созависимость – основа для формирования любой зависимости, это то общее, что объединяет между собой большинство людей, это то, что устраняет все кажущиеся различия между так называемыми здоровыми людьми и людьми больными – например, алкоголиками или наркоманами.

По мнению Е.Н.Проценко, «понимание феномена созависимости позволяет понять, почему нельзя помочь другому человеку (нельзя, например, побудить алкоголика бросить пить), пока не начата работа над своими собственными проблемами. Ведь в противном случае мы становимся слепыми поводырями слепых – пытаемся вести другого человека по пути, неизведанном для нас самих».

Близкие люди являются пособниками «зависимых» когда «прикрывают» их перед руководством; платят по кредитам; взваливают на себя все домашние дела; делают за него то, что он сам в состоянии сделать для себя и других. И, как показывает практика, даже в тех случаях, когда наркоман осознанно стремится к помощи и готов принять ее, крайне важно, чтобы все члены его семьи начали работу со своими проблемами и добились в этом хотя бы некоторого успеха, иначе выздоровление наркомана сильно затрудняется, а в некоторых случаях – и прекращается совсем.

При применении веществ, которые изменяют восприятие мира и самооценку человека, происходит постепенное отклонение поведения в сторону формирования патологической зависимости от вещества, а также искажение связей человека с обществом. Наркоманы стремятся как можно дольше скрывать свое состояние от других людей и даже от самих себя, пытаясь обмануть свою совесть и заглушить чувства стыда и страха. И чтобы перебороть этот страх, наркоману зачастую оказываются необходимы достаточно мощные стимулы извне – потеря работы, исключение из школы или института, разрыв с семьей, тюремное заключение. То есть отказаться от наркотиков человек может тогда, когда боль от продолжения их употребления и последствий этого употребления становится сильнее боли от прекращения этого процесса.

«Наркомания как болезнь — это не только процесс одурманивания и поиска средств на наркотики, это не только ломки и страдания наркомана. Едва ли не наполовину болезнь состоит из реакции родителей на действия и поступки больного сына, которая может быть, как здоровой, так и болезненной. Если реакция родителей адекватная, здоровая, правильная, то проблема решается, сын отказывается от наркотиков (алкоголя). А если реакция ошибочная или даже болезненная, проблема усугубляется, и болезнь сына быстро прогрессирует». (Зайцев С.Н., 2004).

Одно из самых вредоносных и неправильных представлений о наркомании – это убеждение, что все проблемы сами собой исчезнут, стоит лишь наркоману прекратить прием наркотиков. В действительности же, застарелые проблемы и модели поведения не могут исчезнуть сразу, и зачастую именно они не только ставят под угрозу супружеские связи, отношения с другими членами семьи, но также способствуют рецидивам наркомании.

В идеале на путь выздоровления предстоит встать всей семье. Однако семья наркомана может выздоравливать даже в тех случаях, когда сам активный наркоман не лечится. И наоборот, если близкие наркомана начинают решать свои проблемы, то это меняет атмосферу в семье, даже если сам наркоман еще не начал выздоравливать. Но если меняется семейная ситуация – неизбежно меняется и жизнь наркомана. И пусть не сразу, но это может побудить его по-иному взглянуть на себя самого и на свои отношения с наркотиками, а вслед за этим – и попытаться эти отношения изменить.

Для осознания созависимости необходимо взять ответственность за происходящее в семье на себя, а не искать виноватых на стороне. В этом случае положение семьи становится более оптимистичным, так как можно работать над формированием мотивации на исцеление.

Иногда на изменения в поведении созависимых следует быстрый ответ зависимого, однако бывает, что в течении года нужно проявить терпение, чтобы положительные изменения произошли в самом зависимом.

«Учитесь быть твердыми в признании своих потребностей и не позволяйте другим людям и ситуациям заставлять вас действовать не в своих личных интересах. Уважение к своим потребностям и правам и ожидание, что другие будут уважать ваши права так же, как вы уважаете их, поможет вам стать сильнее и увереннее. У вас есть право на уважительное обращение, право иметь и выражать свои чувства и мнения, говорить «нет», ошибаться, сказать: «Я не знаю», делать собственный выбор и просить то, что вам нужно. Безусловно, у других есть те же права, и насколько вы уважаете чужие права, настолько вы с чистой совестью можете ожидать от окружающих уважения ваших прав». (Шорохова О.А., 2002).

Таким образом, работа с созависимыми является важнейшим компонентом реабилитационного процесса. Родным и близким зависимого человека необходимо сформировать адекватное отношение к проблеме злоупотребления психоактивными веществами. Самостоятельно проделать подобную работу достаточно трудно, лучше обратиться за помощью к специалистам в области психического здоровья (психологам, психотерапевтам). В первую очередь с помощью специалиста близким людям зависимого необходимо осознать собственную созависимость. Это даст возможность осуществлять дальнейшие изменения в своей жизни. Следующими шагами в формировании адекватного отношения к зависимому будут действия, направленные на то, чтобы:

1. Пересмотреть семейные правила и изменить те, которые препятствуют нормальному функционированию семьи.
2. Прекратить создавать условия для наркомании (финансирование, забота).
3. Проявлять баланс в заботе и внимании ко всем членам семьи.
4. Относиться к зависимому как взрослому и ответственному человеку.
5. С помощью специалиста составить план действий в отношении преодоления зависимости в семье и строго ему следовать.
6. Дать наркоману право на ошибки и время на то чтобы он их осознал.

Опыт оказания помощи созависимым включает различные формы работы: лекции, индивидуальное консультирование, семейное консультирование с составлением генограммы, индивидуальная и групповая психотерапия. В исключительных случаях, по показаниям, родственникам могут рекомендовать медикаментозную терапию. Чаще всего практикуется ведение дневника, выполнение домашних заданий, чтение рекомендуемой специалистом литературы. Огромный психотерапевтический потенциал имеют групповые формы работы с созависимыми. В связи с этим родственникам настоятельно рекомендуют регулярно посещать группы поддержки.

Изменение внутрисемейных отношений, формирование адекватного отношения к зависимому от наркотических средств реально поможет справиться с синдромом зависимости от психоактивных веществ и дать шанс начать новый этап в своей жизни.

Список литературы:

1. Зайцев С.Н. Созависимость — умение любить: Пособие для родных и близких наркомана, алкоголика. – Н. Новгород, 2004. – 90 с. – (Сер. «Зеркало»).
2. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Психосоциальная аддиктология. Новосибирск, Издательство «Олсиб», 2001 - 251с.
3. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. Учебное пособие. — СПб.: Речь, 2005. - 445 с.
4. Москаленко В.Д. Созависимость при алкоголизме и наркомании (пособие для врачей, психологов и родственников больных).-М.: «Анахаренс», 2002 с.112
5. Пилипенко А.В., Соловьева И.А. Зависимые, созависимые и другие трудные клиенты. Психологический тренинг.-М.: Психотерапия 2011. -192с.

6. Шорохова О.А. Жизненные ловушки зависимости и созависимости.-СПб.: Речь. 2002.-136.
7. http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/ru/ (дата обращения 17.08.2015).
8. http://xn--e1afbsbrjdf.xn--p1ai/articles/expert/expert_1420.html (дата обращения 17.08.2015).
9. http://xn--e1afbsbrjdf.xn--p1ai/articles/expert/expert_1420.html (дата обращения 17.08.2015).

УДК 159.923-053.6

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ПАЦИЕНТОВ ГОСПИТАЛЯ ВОВ

А. В.Тихоненко, Ю. В.Живаева
Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Психологическое благополучие пожилых людей широко исследуется в зарубежной психологии. Зарубежные авторы обращают внимание на онтогенетические и культурные факторы психологического благополучия. Рассматриваются изменения, характерные для уровня психологического благополучия в связи с социальными условиями, урбанизацией, религиозностью и многими другими факторами [Крайг, 2000; Стюарт-Гамильтон, 2002; Ryff, Keyes, 1995; Ryff, 1996; Ryff, Singer, 2000; Ryffetal., 2004; Frazier, Mintz, Mobley, 2005; Miquelon, Vallerand, 2008; Hermalin, 2010]; выделяются траектории развития, которые ведут к повышению или понижению эмоционального благополучия по мере старения [Charles, 2010]. По мнению L.L.Carstensen и соавторов, старость характеризуется существенным улучшением в регуляции эмоций, увеличением удовлетворенности межличностными отношениями и сохранением психологического благополучия [Carstensen, Charles, 1998; Carstensenetal., 2003]. Эти исследователи полагают, что компенсаторные возможности в позднем возрасте связаны с изменением восприятия времени и со смещением ресурсов на эмоционально значимые социальные отношения, что, с их точки зрения, является адаптивным (Дубовик, 2011).

С целью изучения показателей психологического благополучия пациентов госпиталя ВОВ нами было реализовано эмпирическое исследование. Исследование было организовано и проведено с пациентами госпиталя ВОВ, терапевтического отделения. Количество выборки – 20 человек (10 – мужчин, 10 - женщин).

В целях изучения структурной и содержательной характеристики психологического благополучия была использована методика К. Рифф «Шкалы психологического благополучия».

По данным шкалы «Позитивные отношения с окружающими», высокие (65%) и средние показатели (35%) свидетельствуют о наличии у испытуемых близких, приятных, доверительных отношений с окружающими; желания проявлять заботу о других людях; способности к эмпатии; наличии навыков, помогающих устанавливать и поддерживать контакты с другими людьми. Кроме этого, данная характеристика включает в себя желание быть гибким во взаимодействии с окружающими, умение прийти к компромиссу. Низких показателей по этой шкале не наблюдалось, которые

свидетельствовали об одиночестве, неспособности устанавливать и поддерживать доверительные отношения, не желании искать компромиссы, замкнутости.

Из результатов, полученных по шкале «Автономия» можно сказать, что 60% высокие показатели, а 35% - средние. Исходя из этого, можно говорить о том, что испытуемые имеют такие качества, как независимость, способность противостоять социальному давлению в своих мыслях и поступках. А также способны регулировать собственное поведение и оценивать себя исходя из собственных стандартов.

Озабоченность ожиданиями и оценками других, ориентация на мнение других людей при принятии важных решений и неспособность противостоять социальному давлению в мыслях и поступках характерны для людей с низкими показателями по данной шкале – 5%.

Анализируя полученные результаты по шкале «Управление средой», можно сделать

следующие выводы: чувство уверенности и компетентности в управлении повседневными делами, способность эффективно использовать различные жизненные обстоятельства, умение самому выбирать и создавать подходящий контекст для реализации личных потребностей и ценностей, а также умение осуществлять разнообразные виды деятельности присущи 95% респондентам, причем у 65% испытуемых эти качества находятся на более высоком уровне. Низкие показатели (5%): трудности в управлении повседневными делами, чувство неспособности улучшить или изменить окружающие обстоятельства, отсутствие чувства контроля над внешним миром.

По шкале «Личностный рост» у 45 % респондентов высокие и у 55 % средние значения. Из этого следует, что испытуемые обладают чувством продолжающегося развития и реализации своего потенциала, видят свой рост и экспансию, открыт новому опыту, наблюдает все большее совершенствование себя и своего поведения с течением времени. У исследуемых этот компонент психологического благополучия не находится на низком уровне, который говорил бы о переживании личностной стагнации. Отсутствуя ощущения личностного прогресса с течением времени. Скуки и не заинтересованности жизнью. Ощущения не способности усваивать новые навыки.

Полученные результаты по шкале «Цели в жизни», свидетельствуют о высоком уровне психологического благополучия у 40% респондентов и среднем у 55%. Из этого следует, что наличие целей в жизни и чувства осмысленности своего прошлого и настоящего им присуще. У них сформированы убеждения, придающие жизни цель, а также есть основания и причины для того, чтобы жить. Для исследуемых нами людей данной выборки характерны низкие баллы по данной шкале в 5%, а значит им не свойственно: чувство осмысленности жизни и чувство направленности. Не присутствует недостаток целей, отсутствуют воззрения и убеждения, придающие жизни смысл. Они не видят целей и в своем прошлом.

Результаты по шкале «Самопринятие». Высокие 50% и средние 50% значения. Это означает, что они обладают позитивным отношением к себе и своему прошлому, осознают и принимают разные стороны своего Я, включая как положительные, так и отрицательные качества. Для исследуемых нами людей данной выборки не характерны низкие баллы по данной шкале, а значит им не свойственно: Недовольство самим собой. Они разочарованы в собственном прошлом, обеспокоены некоторыми чертами собственной личности, не принимают себя. Для них характерно желание быть другим.

Таким образом, на основании полученных данных в процессе исследования, можно говорить о том что, только высокие и средние показатели наблюдались в таких шкалах как: позитивные отношения, личностный рост и самопринятие. Что касемо низких показателей (5%) они выявились в шкалах автономия, управление средой и цели в жизни. Максимальный процент высоких показателей наблюдался в шкалах

позитивные отношения и управление средой. В шкале «самопринятие» высокие и средние показатели разделились поровну.

В пожилом возрасте уровень психологического благополучия снижается, но снижается он не по всем показателям. Это говорит об огромных компенсаторных возможностях людей пожилого возраста и подтверждает предположение о том, что старение является процессом глубоко индивидуальным и очень вариативным, а возраст не является главным фактором, определяющим, будет ли человек психологически благополучным (Шевеленкова, 2005).

Рекомендации, которые можно дать, для сохранения психологического благополучия являются следующими:

1. поддержание социальной значимости, востребованность;
2. психическое и физическое здоровье на высоком уровне;
3. постоянное наличие контактов по интересам, общение;
4. умеренная трудовая деятельность, физическая активность.

При наличии и удовлетворенности вышеизложенных пунктов, психологическое благополучие личности будет достигать высокого уровня, что будет свидетельствовать о отличном здоровье человека в целом.

Список литературы:

1. Брэдберн, Н. Структура психологического благополучия/ Н. Брэдберн.- Ярославль.: Инфра. 2005.- 13с.
2. Бороздина, Л.В., Молчанова О.Н. Особенности самооценки в позднем возрасте.2008гг.
3. Дубовик, Ю.Б. Исследование психологического благополучия в пожилом и старческом возрасте [Электронный ресурс] // Психологические исследования: электрон.науч. журн. 2011. N 1(15).
4. Карсаевская, Т.В. Человек стареющий. Л. 2008г.
5. Шевеленкова, Т.Д., Фесенко П.П. Психологическое благополучие личности (обзор основных концепций и методика исследования) // Психологическая диагностика. 2005. No. 3. С. 95-129

УДК 159.923-053.6

ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ

Е.В.Ткачева, Ю.В.Живаева

Государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего профессионального образования

«Красноярский государственный медицинский университет

им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Родители детей далеко не сразу решаются обратиться за помощью не только к неврологу, но и к психологу. Этот шаг они делают вынужденно, под напором нарастающих учебных проблем ребенка, исправить которые из-за запущенности ситуации бывает уже достаточно трудно. А ведь ранняя и непрерывная терапия в детстве, и организация грамотного психолого-педагогического сопровождения дает не только непосредственный эффект, но и способствует формированию нормального поведения в будущем.

Известно, что проведение групповых обследований в детских садах и начальных классах позволяет надежно выявлять проблемных детей и своевременно направлять их на консультацию к психоневрологу. Данный подход и обусловил выбор темы нашего исследования «Изучение проявлений синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей младшего школьного возраста».

Для проведения нашего исследования мы использовали следующие методы: Сбор эмпирических данных осуществлялся с помощью теста Тулуз-Пьерона, игровой методики «Съедобное - несъедобное» (Кривцова И.И.), метода экспертного опроса учителей и родителей (Диагностические критерии синдрома дефицита внимания с гиперактивностью по классификации DSM — IV).

Экспериментальное исследование проводилось на базе школы № 18 города Красноярска. Выборка представлена детьми младшего школьного возраста, состав диагностируемой группы двадцать три человек. Кроме детей, участие в исследовании приняли учителя этих детей и их родители.

Проанализируем представленные результаты (индивидуальные показатели учащихся, полученные в результате обработки данных по тесту Тулуз-Пьерона). В ходе обработки данных выявлен высокий уровень скорости выполнения теста у 4% от общего числа испытуемых. Хороший уровень скорости выполнения теста выявлен у 4 человек, что составило 17% от состава группы. Средний уровень скорости выполнения теста выявлен у 10 человек, что составило 44% от числа испытуемых.

Слабый уровень скорости выполнения теста выявлен у 3 человек, что составило 13% от общего числа испытуемых. Показатель скорости выполнения теста соответствует зоне развития - патология у 5 человек, т.е. 22% группы испытуемых.

Проанализируем результаты испытуемых по показателю – точность выполнения теста. В ходе обработки данных выявлен высокий коэффициент точности выполнения теста у одного ребенка, что составляет 4% от состава группы. Хороший уровень коэффициента точности выполнения теста выявлен у 4 человек, что составляет 17% от общего числа испытуемых. Средний уровень коэффициента точности выполнения теста выявлен у 9 человек, что составляет 40% от числа группы. Слабый уровень коэффициента точности выполнения теста выявлено у 4 человек, что составляет 17% от общего числа испытуемых.

Показатель коэффициента точности выполнения теста соответствует зоне патология у 5 человек, что составляет 22% от числа группы. По результатам исследования мы выявили, что один из основных проявлений СДВГ – дефицит внимания, выявлен у 5 человек.

Проанализируем индивидуальные показатели младших школьников по игровой методике «Съедобное-несъедобное». В ходе обработки данных выявлен высокий уровень произвольного поведения у 2 человек, что составляет 8% от общего числа испытуемых. Средний уровень произвольного поведения выявлен у 13 человек, что составило 57% от числа группы. Низкий уровень произвольного поведения выявлен у 3 человек, что составило 13% от состава группы. Очень низкий уровень произвольного поведения выявлен у 5 человек, что составило 22% от общего числа группы.

Поскольку очень низкий уровень произвольности во многом был обусловлен импульсивностью детей, низким уровнем внимательности, низким качеством выполнения инструкции, то данные факты наблюдения позволяют констатировать об основных проявлениях СДВГ у данной группы детей.

В ходе обработки данных методом экспертного опроса педагогов и родителей проявлений у ребенка СДВГ, по мнению родителей, дефицит внимания выявлен у 3 детей, что составляет 13% от общего числа испытуемых. У 20 детей, дефицит внимания, по мнению родителей, не выявлен, что составляет 87% от общего числа

группы.

По мнению педагогов у 5 человек, выявлен синдром дефицита внимания, что составляет 22% от всей группы. Синдром дефицита внимания не выявлен у 18 человек, что составляет 78% от общего числа группы.

По мнению родителей, симптом гиперактивности и импульсивности, выявлен у 4 человек, что составляет 17% от числа испытуемых. У 19 человек, не выявлен, что составляет 83% от общего числа группы.

По результатам сводной таблицы изучения проявлений у детей СДВГ выявлено, что у 18 проявление СДВГ не наблюдается, что составляет 78% от общего числа группы.

У 5 человек выявлена высокая вероятность проявления данного синдрома, что составляет 22% от общего числа испытуемых.

Для детей характерно: они невнимательны, неугомонны, у них присутствует волнение, всегда в движении, неспособны подумать, прежде, чем что-то сделать. Родителям этих детей рекомендуем обратиться к врачу-неврологу.

Таким образом, по результатам исследования мы выявили, что один из основных проявлений СДВГ – дефицит внимания, выявлен у 5 человек, что составляет 22 % от общего числа испытуемых. Для родителей этих детей нами были разработаны рекомендации, а так же им была дана рекомендация обратиться к врачу-неврологу.

При организации коррекционной работы с гиперактивными детьми акцент должен делаться на следующих умениях ребенка:

- концентрировать внимание;
- доводить начатое до конца;
- контролировать свои движения;
- снимать мышечное напряжение;
- контролировать свои эмоциональные проявления;
- расширять поведенческий репертуар во взаимодействии с взрослыми и сверстниками (Белоусова,2010).

В работе с взрослыми, и прежде всего родителями, важно изменить их отношение к своему ребенку, стиль взаимодействия с ним. Начало работы заключается в объяснении причин поведения на основе сбора анамнеза. Они должны понять, что дисциплинарные меры воздействия на гиперактивного ребенка не действуют. Эмоциональный фон общения с ребенком должен быть ровным, позитивным, но без эйфории от его успехов и отвержения из-за неудач. Тактика вседозволенности также недопустима, так как такие дети очень быстро становятся манипуляторами (Астапов, 2008).

Гиперактивным детям должны даваться инструкции, содержащие не более 10-слов. Нельзя просить сделать сразу несколько поручений (убрать игрушки, почистить зубы, умыться и т.д.), так как ребенок просто не запомнит их. Лучше давать следующее задание после выполнения предыдущего. Предполагается обязательный контроль качества выполнения поставленной задачи.

Система ограничений и запретов должна быть четкой и неукоснительно выполняемой, количество запретов должно быть сведено до минимума (они должны касаться исключительно безопасности и здоровья ребенка). Совместно с ним должны быть разработаны санкции, которые последуют в случае нарушения запрета.

Важно обратить внимание родителей на построение фраз в общении с гиперактивным ребенком. Более эффективно давать малышу позитивную альтернативу его негативному поведению, перепроектировать его. Лучше сказать « можно бегать на улице», чем «прекрати беготню»! Но еще более эффективно - включиться в игру ребенка, направить его неконтролируемую энергию в нужное русло (Грибанов, 2008).

Гиперактивных детей необходимо приучать к режиму, к четкому распорядку дня. Нежелательно изменять его даже в исключительных ситуациях. При организации предметно-пространственной среды школы необходимо помнить о том, что гиперактивные дети вследствие двигательной расторможенности и отсутствия произвольного внимания характеризуются повышенным травматизмом. Поэтому желательны наличие мягких модулей, сухих бассейнов и т. д. Коррекционное воздействие на ребенка с СДВГ должно включать следующие приемы и технологии:

1. Обучение приемам саморегуляции через использование релаксаций, визуализаций.
2. Обучение самомассажу.
3. Игры для развития быстроты реакции, координации движения.
4. Игры для развития тактильного взаимодействия.
5. Пальчиковые игры.
6. Подвижные игры с использованием сдерживающих моментов.
7. Психогимнастические этюды для обучения понимания и выражения эмоционального состояния.
8. Работу с глиной, водой и песком.

Дети, страдающие СДВГ, как никакие другие требуют со стороны взрослых терпения и участия. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью – это патология, требующая своевременной диагностики и комплексной коррекции: психологической, медицинской, педагогической.

Список литературы

1. Астапов В.М. Психодиагностика и коррекция детей с нарушениями и отклонениями развития. – СПб.: Питер Пресс:[2008. – 256 с.]
2. Белоусова Е.Д., Никифорова М.Ю. Синдром дефицита внимания / гиперактивности. / Российский вестник перинатологии и педиатрии:[2010. - № 3. - с.39-42.]
3. Брызгунов И.П., Касатикова Е.В. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей. – М.: Медпрактика: [2010. – 128 с.]
4. Грибанов А.В., Волокитина Т.В., Гусева Е.А., Подоплекин Д.Н. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей. – М.: Академический Проект:[2008. – 176 с.]
5. Кропотов Ю.Д., Пальчик А.Б., Чутко Л.С. Синдром нарушения внимания с гиперактивностью у детей и подростков.

УДК 159.923-053.6

КОРРЕКЦИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

И.Ю.Ткачук, Ю.В.Живаева

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Современность характеризуется возрастающими потребностями нашего общества в поисках путей создания благоприятных условий для максимального развития личности,

эффективности ее жизненного пути. Вопрос построения собственной жизни, ее управляемость или зависимость от обстоятельств будет всегда волновать человека. Особенно когда его физическое состояние нарушено, человек болен. Трудные жизненные ситуации неизбежно встречаются на пути каждого человека. Их возникновение является закономерным следствием сложного процесса взаимодействия человека с окружающим миром.

В отечественной психологии предпринимаются попытки целостного осмысления личностных характеристик, ответственных, за успешную адаптацию и совладения с жизненными трудностями.

Феноменологию, отражающую различные аспекты личностного потенциала, в разных подходах в зарубежной и отечественной психологии обозначали такими понятиями как воля, сила Эго, внутренняя опора, локус контроля, ориентация на действие, воля к смыслу и др. Наиболее полно, с точки зрения Д.А. Леонтьева, этому понятию в зарубежной психологии соответствует понятие «жизнестойкость» *hardiness*, введенное С.Мадди.

Теоретический анализ психологических особенностей людей с острым нарушением мозгового кровообращения (инсультных больных) свидетельствует о том, что при изучении факторов, способствующих возникновению заболевания, нередко подчеркивается особая роль негативных психосоциальных факторов, стрессогенных жизненных ситуаций, в которых оказался человек, в последствии чего получивший инсульт.

Исследование было организовано и проведено на территории Краевой Клинической больницы, города Красноярск в отделении неврологии с ОНМК. Испытуемые, в количестве 20 человек (мужчины 10 человек, женщины 10 человек), возраст от 45 до 80 лет, находились на стационарном лечении. С целью изучения влияния болезни на показатели жизнестойкости у инсультных больных были исследованы люди, у которых данный диагноз отсутствует (проходившие лечение в этой же организации, но имеющие другой диагноз, в том же количестве, средний возраст равнозначный).

С целью изучения показателей жизнестойкости у инсультных больных нами были использованы методика «Тест жизнестойкости» Д.А. Леонтьева, Е.И. Рассказовой.

В результате проведения психодиагностического исследования показателей жизнестойкости у инсультных больных, нами было выявлено следующее: анализируя результаты по шкале «Вовлеченность», можно констатировать, что высокие баллы выявлены у 21,6 % исследуемых, что свидетельствует о том, что человек получает удовольствие от собственной деятельности. И это дает максимальный шанс найти нечто стоящее и интересное для личности. Для 57,6 % характерны низкие показатели. Это характеризует отсутствие удовольствия в собственной деятельности, что порождает чувство отвергнутости, ощущение себя «вне» жизни. Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о преобладании низких и средних показателей, что характеризует представителей данной выборки, как людей не получающих удовольствие от собственной деятельности.

По данным шкалы «Контроль», мы можем констатировать, что для 45,4 % исследуемых, у которых выявлены низкие баллы, характерно то, что они не способны повлиять на результаты и само течение стрессогенных ситуаций, пассивны и безынициативны в отношении сложившихся вокруг них обстоятельств, могут впасть в состояние беспомощности и апатии. В исследуемой нами выборке для 65 % исследуемых, у которых выявлены средние баллы, и для них свойственно снижение угрозы события или уменьшение выраженности стрессогенных факторов. Выявленные результаты, свидетельствуют, о том что, для исследуемой данной выборки характерна неспособность повлиять на течение стрессогенных ситуаций, либо уменьшение выраженности стрессогенных факторов.

Результаты исследования по шкале «Принятие риска», свидетельствуют о том, что: для 47% исследуемых, характерны низкие баллы. Они не рассматривают жизнь как способ приобретения опыта, не готовы действовать в отсутствии надежных гарантий успеха, на свой

страх и риск, считая стремление к простому комфорту и безопасности, обедняющим их жизнь. Исследуемых, для которых характерны высокие баллы выявлено 2 %.

На основании теоретического анализа проблематики жизнестойкости личности и учитывая психологические особенности людей с острым нарушением мозгового кровообращения (инсультных больных) нами были составлены рекомендации по реабилитации.

Цели и задачи реабилитации больных с диагнозом инсульт практически не отличаются от общепринятых на сегодняшний день целей и задач в психологии развития личности. Но, учитывая, что личность инсультного больного и перенесенная болезнь в процессе совершенствования подвержена влиянию различных видов депривации, необходимо выстроить программу психологической реабилитации таким образом, чтобы охватить основополагающие аспекты этой личности, и направить реабилитационное воздействие на позитивное развитие ее эмоциональной и когнитивной (поведенческой) сфер.

У инсультных больных часто отмечают речевой и двигательный дефицит, потерю социального статуса и болевые синдромы. Они приводят к нарушениям в социальной и психологической адаптации. Помимо физических недомоганий и других непосредственных проявлений инсульта, больной испытывает и нравственные страдания: тяжело переживает разрыв с привычным образом жизни; ощущает стыд за свое беспомощное состояние; страх оказаться обузой для родных; тревогу, что останется инвалидом навсегда; тоску от неподвижности и изоляции. Для предотвращения ухудшения состояния пациентов следует создавать благоприятный психоклимат в семье и поддерживать оптимистический настрой у больного. Пациенту следует внушить реалистичный подход к его недугу, а также разъяснить возможные варианты и исход проводимого лечения и мер восстановления.

Исходя из вышесказанного, сформулируем цели и задачи социально-психологической реабилитации инсультных больных:

- 1) Установление адекватной самооценки личности;
- 2) Формирование способности к самореализации.

Для того чтобы наиболее эффективно реализовать поставленные цели, необходимо решить следующие задачи:

Для развития личностно-мотивационной сферы:

- 1) Создать оптимальные условия и возможности для развития личностного и интеллектуального потенциала больного человека;
- 2) Создать оптимальные условия и возможности для развития личностного и интеллектуального потенциала больного человека, профилактика нежелательных негативных тенденций развития его личности;
- 3) Помочь в самоактуализации, самореализации его личности;
- 4) Помочь получить больному знания о собственной личности, ее развитии и раскрытии;
- 5) Развить его способность к целеполаганию;
- 6) Научить адекватно, оценивать себя.

Для развития эмоционально-волевой сферы:

- 1) Сформировать у больного индивидуальные механизмы психологической защиты, психологической толерантности в ситуации постоянно стрессового воздействия социальной среды;
- 2) Снять у него фобии, тревожности, повысить эмоциональную стабильность;
- 3) Сгладить невроз подобную симптоматику, повысить адекватность поведенческих реакций;
- 4) Найти внешние и внутренние ресурсы у больных для достижения целей;
- 5) Помочь преодолеть внутренние преграды и противоречия на пути к достижению желаемого результата.

В работе с больными выделяют следующие формы:

- 1) тестирование и обработка результатов;
- 2) Реабилитация или восстановление речевых функций;
- 3) Процесс восстановления навыков бытовых и самообслуживания;
- 4) Консультирование;
- 5) Индивидуальная и групповая терапия.

Анализ исследований по проблеме психологических особенностей больных с диагнозом инсульт свидетельствует о том, что особенностью отношения к окружающей действительности у них является консерватизм, сопротивление переменам, склонность к морализаторству и нравоучениям, а также более низкий эмоциональный тонус.

Список литературы:

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение : М. : ЭКСМО, 2006. С. 36–48.
2. Александрова Л.А. К концепции жизнестойкости в психологии [Электронный ресурс] // Интернет портал «Учёба.ru», 2005. URL: <http://www.ucheba.ru/referats/14139.html>.
3. Бойко В. В. Правила эмоционального поведения : методич. пособие: изд. СПб. : Питер, 1997. С. 21–40.
4. Василюк Ф. Е. Психология переживания : анализ преодоления критических ситуаций: М., 1984. С 100.

УДК 159.923.3: 616.1

ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА

М.А. Гранчукова, Н.В. Попенко
Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Хронические соматические патологии — это отдельный класс заболеваний, при которых отсутствие возможности полной ликвидации этиологических факторов приводит к стойким нарушениям функций органов и систем, вовлеченных в патологический процесс (Рубцовенко А.В., 2006).

Остеохондроз позвоночника является сложным полифакторным и полисиндромным заболеванием, с различным характером формирования клинических проявлений, наложением и переплетением патогенетических и саногенетических реакций (Чичасова Н. В., Алексеева Л. И., Беневоленская Л. И., 2004). Среди дегенеративно-дистрофических заболеваний опорно-двигательной системы остеохондроз позвоночника занимает первое место (Шаповалова В. М., Грицанов А. И., Ерохов А. Н., 2004), более того, отмечается неуклонная тенденция к увеличению частоты встречаемости данной патологии. Уровень вертеброгенных заболеваний в развитых странах мира достигает размеров эпидемии.

Долгое время в клинической психологии, в том числе и медицине, активно изучается вопрос об отношении пациента к состоянию своего здоровья в ситуации

болезни. Любая болезнь, независимо от ее происхождения, является для больного тяжелым физическим и психическим испытанием, ставит человека в психологически особые жизненные условия. Нередко, болезнь воспринимается человеком как трудная жизненная ситуация, которая непременно приводит к изменению психической деятельности больного. Осознание характера хронического заболевания, вероятности развития его осложнений, необходимость самостоятельного и продолжительного лечения могут способствовать возникновению тяжелых психических реакций пациента, которые создают психологические основы дальнейшего ухудшения состояния здоровья (Александр Ф., 2002). В связи с этим, человек вынужден приспосабливаться к тяжелому заболеванию для преодоления объективных и субъективных трудностей, порождаемых хронической соматической патологией. К числу психологических механизмов приспособления к хронической соматической патологии специалисты, в частности, относят личностное качество жизнестойкости.

Понятие жизнестойкости, введенное Сьюзен Кобейса и Сальваторе Мадди, находится на пересечении теоретических воззрений экзистенциальной психологии и прикладной области психологии стресса и совладания с ним. Жизнестойкость характеризует меру способности личности выдерживать стрессовую ситуацию, сохраняя внутреннюю сбалансированность и не снижая успешность деятельности (Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И., 2006). В данном случае, стрессовую ситуацию мы будем рассматривать, именно, как наличие тяжелого хронического соматического заболевания и его влияния на жизнедеятельность человека. По данным исследований, жизнестойкость оказывается ключевой личностной переменной, опосредующей влияние стрессогенных факторов (в том числе хронических) на соматическое и душевное здоровье, а также на успешность деятельности.

Жизнестойкость представляет собой систему убеждений о себе, о мире, об отношениях с миром. Это диспозиция, включающая в себя три сравнительно автономных компонента: вовлеченность, контроль, принятие риска. Выраженность этих компонентов и жизнестойкости в целом препятствует возникновению внутреннего напряжения в стрессовых ситуациях за счет стойкого совладания со стрессами и восприятия их как менее значимых.

Так, первой характеристикой аттитюдов стойкости, согласно С. Мадди, является «вовлеченность», определяемая как «убежденность в том, что вовлеченность в происходящее дает максимальный шанс найти нечто стоящее и интересное для личности» (Maddi, 1998 b). Это важная характеристика в отношении себя и окружающего мира и характера взаимодействия между ними, которая дает силы и мотивирует человека к реализации, лидерству, здоровому образу мыслей и поведению. Она дает возможность чувствовать себя значимым и достаточно ценным, чтобы полностью включаться в решение жизненных задач, несмотря на наличие стрессогенных факторов и изменений. Человек с развитым компонентом вовлеченности получает удовольствие от собственной деятельности. В противоположность этому, отсутствие подобной убежденности порождает чувство отвергнутости, ощущение себя «вне» жизни.

Следующий аттитюд жизнестойкости – «контроль», который представляет собой убежденность в том, что борьба позволяет повлиять на результат происходящего, пусть даже это влияние не абсолютно и успех не гарантирован. Он мотивирует к поиску путей влияния на результаты стрессогенных изменений, в противовес впадению в состояние беспомощности и пассивности. Человек с сильно развитым компонентом контроля ощущает, что сам выбирает собственную деятельность, свой путь.

«Принятие риска» — убежденность человека в том, что все то, что с ним случается, способствует его развитию за счет знаний, извлекаемых из опыта, — неважно, позитивного или негативного. Человек, рассматривающий жизнь как способ приобретения

опыта, готов действовать в отсутствие надежных гарантий успеха, на свой страх и риск, считая стремление к простому комфорту и безопасности обедняющим жизнь личности (Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И., 2006).

Мадди (Maddi, 1998 b) подчеркивает важность выраженности всех трех компонентов для сохранения здоровья и оптимального уровня работоспособности и активности в стрессогенных условиях. Можно говорить как об индивидуальных различиях каждого из трех компонентов в составе жизнестойкости, так и о необходимости их согласованности между собой и с общей мерой жизнестойкости.

Как работает жизнестойкость? За счет чего она позволяет преодолевать стресс? Жизнестойкие убеждения, с одной стороны, влияют на оценку ситуации — благодаря готовности активно действовать и уверенности в возможности влиять на ситуацию она воспринимается как менее травматичная. С другой стороны, жизнестойкость способствует активному преодолению трудностей. Она стимулирует заботу о собственном здоровье и благополучии (например, ежедневная зарядка, соблюдение диеты и т.п.) (Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И., 2006).

С. Мадди различает регрессивное и трансформационное совладание со стрессом. Трансформационное совладание, в отличие от регрессивного, подразумевает открытость новому, готовность действовать и активность в стрессовой ситуации. Он описывает пять основных механизмов, благодаря которым проявляется буферное влияние жизнестойкости на развитие заболеваний и снижение эффективности деятельности (Maddi, 1998 b; Maddi, Kahn, Maddi, 1998):

- оценка жизненных изменений как менее стрессовых;
- создание мотивации к трансформационному совладанию;
- усиление иммунной реакции;
- усиление ответственности по отношению к практикам здоровья;
- поиск активной социальной поддержки, способствующей трансформационному совладанию.

Исходя из этого, изучение особенностей жизнестойкости пациентов с остеохондрозом позвоночника приобретает особую актуальность в контексте вопросов жизнеизменяющих процессов, которые сопровождают человека в ситуации болезни.

Целью исследования явилось изучение показателей жизнестойкости у пациентов с остеохондрозом позвоночника.

Материалы и методы исследования:

Было проведено клиничко-психологическое исследование 20 больных в возрасте от 34 до 70 лет с остеохондрозом позвоночника (среди испытуемых: 9 женщин, 11 мужчин), которое включало клинический опрос пациентов, наблюдение за поведением пациента. Исследование проводилось в отделении нейрохирургии МБУЗ ГКБ №6 им. Н.С. Карповича г. Красноярск.

При проведении исследования использовался «Тест жизнестойкости», адаптированный Д.А. Леонтьевым и Е.И. Рассказовой.

Тест жизнестойкости представляет собой адаптацию опросника Hardiness Survey, разработанную американским психологом Сальвадоре Мадди, теория исследования которого, за отдельными исключениями, до сегодняшнего дня практически не находили отражения в русскоязычных публикациях. Поскольку англоязычный вариант теста жизнестойкости состоит всего из 18 пунктов, при русификации, исходя из теоретической структуры конструкта жизнестойкости, были предложены дополнительные пункты. Первая русская версия представляла опросник, по структуре аналогичный оригиналу, но содержащий 119 утверждений. Третья, окончательная версия, полученная в результате апробации и используемая в данной исследовательской работе, включает 45 пунктов,

содержащих прямые и обратные вопросы во всех трех шкалах опросника (вовлеченность, контроль и принятие риска) (Леонтьев Д.А., 2002).

Результаты и обсуждение

С помощью метода «Тест жизнестойкости» (адаптация Д.А. Леонтьева, Е.И. Рассказова) были исследованы общий показатель жизнестойкости и ее компонентов: вовлеченности, контроля, принятия риска.

В результате проведения психодиагностического исследования показателей жизнестойкости у больных остеохондрозом позвоночника было выявлено следующее: анализируя результаты по шкале «Вовлеченность», можно констатировать, что высокие баллы выявлены у 75% исследуемых, что свидетельствует о том, что человек получает удовольствие от собственной деятельности. И это дает максимальный шанс найти нечто стоящее и интересное для личности. Человек убежден в том, что лучше быть вовлеченным в происходящие события, какими бы они ни были. Даже в неприятных и трудных обстоятельствах предпочитает быть в курсе событий, как можно больше участвовать в происходящем, близко взаимодействовать с окружающими. Для 25% исследуемых характерны низкие показатели. Это характеризует отсутствие удовольствия в собственной деятельности, что порождает чувство отвергнутости, ощущение себя «вне» жизни. В трудной или неприятной ситуации человек часто старается отстраниться от тех обстоятельств, которые ему неприятны, считая, что вкладывать в них свои силы - не стоит того, что легче отойти в сторону, чем тратить лишние силы, если ситуация становится напряженной. Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о преобладании высоких показателей по шкале «Вовлеченность», что характеризует представителей данной выборки, как людей получающих удовольствие от собственной деятельности.

По данным шкалы «Контроль», мы можем констатировать, что для 40% исследуемых, у которых выявлены низкие баллы, характерно то, что они не способны повлиять на результаты и само течение стрессогенных ситуаций, пассивны и безынициативны в отношении сложившихся вокруг них обстоятельств, могут впасть в состояние беспомощности и апатии. В исследуемой выборке у 60% исследуемых выявлены высокие баллы, для них характерна способность повлиять на течение стрессогенных ситуаций, либо уменьшение выраженности стрессогенных факторов. Доминирует убежденность в том, что эффективнее всегда, когда это возможно, активно влиять на исход ситуации. В трудных ситуациях такие люди активны и делают всё возможное, чтобы оказать позитивное влияние на происходящее, а если это оказывается невозможным, то просто принимают то, что есть.

Результаты исследования по шкале «Принятие риска», свидетельствуют о том, что: для 45% исследуемых характерны низкие баллы. Они не рассматривают жизнь как способ приобретения опыта, не готовы действовать в отсутствие надежных гарантий успеха, на свой страх и риск, предпочитая стремление к простому комфорту и безопасности. У 55% испытуемых отмечаются высокие баллы, что свидетельствует о наличии убежденности в том, что все то, что с человеком случается, способствует его развитию за счет знаний, извлекаемых из опыта, — неважно, позитивного или негативного. Высокие баллы по шкале «Принятие риска» отмечаются у людей, рассматривающих свою жизнь как способ приобретения опыта, такие люди готовы действовать в отсутствие надежных гарантий успеха, на свой страх и риск.

Общий показатель жизнестойкости у 60% исследуемых высокий, у 35% - низкий, у 5% - средний. Полученные результаты свидетельствуют о том, что жизнестойкость в большей степени зависит от меры вовлеченности (75%) человека в социокультурное пространство взаимодействия, осознания ответственности за будущее. Контроль указывает на их стремление влиять на результаты происходящего, выбирать соответствующее поведение. Респонденты в отсутствие убежденности надежных

гарантий успеха готовы действовать на свой страх и риск, стремятся занять активную позицию в жизни.

Таким образом, результаты исследования показателей жизнестойкости указывают на способность пациентов с остеохондрозом позвоночника противостоять стрессовой ситуации, обусловленной болезнью.

Список литературы:

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / пер. с англ. С. Могилевского. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352 с.
2. Конюхова Т.В., Конюхова Е.Т. Жизнестойкость личности как особый паттерн установок освоения социокультурного пространства // Известия Томского политехнического университета. 2013. Т. 322. № 6. – 110-114 с.
3. Леонтьев Д.А. Личностное в личности: личностный потенциал как основа самодетерминации /Ученые записки кафедры общей психологии МГУ им. М.В. Ломоносова. Вып. М.: Смысл, 2002. – 325с.
4. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости.— М.: Смысл, 2006. — 3 5с.
5. Рубцовенко А.В. Патологическая физиология. – М.: МЕДпресс, 2006. – 605 с.
6. Чичасова Н. В., Алексеева Л. И., Беневоленская Л. И. и др. Новое направление в лечении остеоартроза, комбинированная терапия хондроитин сульфатом и глюкозамина гидрохлоридом // Ревматология. 2004. Т. 12, № 23. С. 1337–1341.
7. Чаусова О.А. Жизнестойкость молодежи в современном социально-экономическом пространстве России // Власть.- 2011.-№1. – 100-103 с.
8. Шаповалова В. М., Грицанов А. И., Ерохов А. Н. Травматология и ортопедия. СПб: Фолиант, 2004. 543 с.

УДК 159.9: 316.6

СИНДРОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У УЧИТЕЛЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЗЛИЧНЫХ СОЦИОКУЛЬТУРНЫХ УСЛОВИЯХ

А.В. Туговикова, Н.В. Басалаева
Лесосибирский педагогический институт -
филиал федерального государственного автономного образовательного учреждения
высшего профессионального образования
«Сибирский федеральный университет»
(ЛПИ – филиал СФУ)

Представленная работа посвящена проблеме профессионального выгорания педагогов, проживающих в разных социокультурных условиях. Мы организовали и провели экспериментальное исследование с целью изучения профессионального выгорания у педагогов, проживающих в разных социокультурных условиях, на базе МБОУ «СОШ №1 г. Лесосибирска» и МКОУ «Абалаковская СОШ №1».

Исследуя профессиональное «выгорание», мы выявили, что «данный синдром проявляется как состояние физического и психического истощения, вызванного интенсивными межличностными взаимодействиями при работе с людьми, сопровождающимися эмоциональной насыщенностью и когнитивной сложностью» (Дмитриев, 2010). В.В. Бойко дает следующее определение профессионального выгорания

– «это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравматические воздействия» (Бойко, 1999). Приобретенный стереотип представляет собой эмоциональное, чаще – профессиональное поведение. С одной стороны, оно позволяет человеку дозировать и экономно использовать энергетические ресурсы, с другой – выгорание отрицательно сказывается на выполнении работы и отношениях с людьми.

Экспериментальное исследование, направленное на изучение уровня профессионального выгорания педагогов, проживающих в разных социокультурных условиях, было организовано нами на базе МКОУ «Абалаковская СОШ №1» и МБОУ «СОШ №1 г. Лесосибирска». Выборка представлена учителями в возрасте 24 - 56 лет в количестве 40 человек, стаж работы – 1 - 34 года.

Исследование осуществлялось в несколько этапов:

1. Организационный этап – на данном этапе осуществлялось формирование выборки и подбор психодиагностической методики, направленной на изучение эмоционального выгорания педагога.

2. Диагностический этап – на данном этапе осуществлялась диагностика педагогов, организованная на базе двух школ: МКОУ «Абалаковская СОШ №1» и МБОУ "СОШ №1 г. Лесосибирска".

3. Аналитический этап – на данном этапе осуществлялся анализ результатов исследования и сделаны выводы.

В исследовании мы использовали методику диагностики уровня эмоционального выгорания педагога, предназначенную для диагностики такого психологического феномена как «синдром эмоционального выгорания», возникающего у человека в процессе выполнения различных видов деятельности, связанных с длительным воздействием ряда неблагоприятных стресс-факторов, разработанный В.В. Бойко (Бойко, 1999).

Цель исследования: определение степени выраженности той или иной фазы эмоционального выгорания у педагогов.

Стимульный материал теста состоит из 84 утверждений, к которым испытуемый должен выразить свое отношение в виде однозначных ответов «да» или «нет». Методика позволяет выделить следующие 3 фазы развития стресса: «Напряжение», «Резистенция», «Истощение».

«Напряжение»: переживание психотравмирующих обстоятельств; неудовлетворенность собой; «Загнанность в клетку»; тревога и депрессия.

«Резистенция»: неадекватное эмоциональное избирательное реагирование; эмоционально-нравственная дезориентация; расширение сферы экономии эмоций; редукция профессиональных обязанностей.

«Истощение»: эмоциональный дефицит; эмоциональная отстраненность; личностная отстраненность (деперсонализация); психосоматические и психовегетативные нарушения.

Предложенная методика дает подробную картину синдрома "эмоционального выгорания". В каждой из фаз оценка возможна в пределах от 0 до 120 баллов. По количественным показателям правомерно судить только о том, насколько каждая фаза сформировалась, какая фаза сформировалась в большей или меньшей степени:

- 36 и менее баллов - фаза не сформировалась;
- 37 - 60 баллов - фаза в стадии формирования;
- 61 и более баллов - сформировавшаяся фаза.

Анализируя результаты, полученные по методике В.В. Бойко, мы отмечаем, что у 50% испытуемых сельской школы проявляются признаки эмоционального выгорания (см. таблицу 1).

Таблица 1 - Результаты исследования признаков профессионального выгорания у педагогов МКОУ «Абалаковская СОШ №1»

Испытуемые	Фаза «Напряжение»		Фаза «Резистенция»		Фаза «Истощение»	
	алл	Степень сформир.	алл	Степень сформир.	алл	Степень сформир.
1	5	в стадии сформир.	4	в стадии сформир.	9	фаза не сформир.
2	9	фаза не сформир.	8	фаза не сформир.		фаза не сформир.
3	0	фаза не сформир.	7	в стадии сформир.	0	в стадии сформир.
4	9	в стадии сформир.	1	сформир. фаза	1	в стадии сформир.
5	9	фаза не сформир.	7	в стадии сформир.	1	фаза не сформир.
6	7	в стадии сформир.	8	в стадии сформир.	8	в стадии сформир.
7	8	фаза не сформир.	3	фаза не сформир.	0	фаза не сформир.
8	0	в стадии сформир.	8	в стадии сформир.	6	фаза не сформир.
9		фаза не сформир.	4	фаза не сформир.		фаза не сформир.
10	8	фаза не сформир.	2	фаза не сформир.	5	фаза не сформир.
11	4	фаза не сформир.	9	в стадии сформир.	4	фаза не сформир.
12	0	в стадии сформир.	3	в стадии сформир.	6	фаза не сформир.
13	6	фаза не сформир.	8	в стадии сформир.	4	фаза не сформир.
14	7	фаза не сформир.	7	в стадии сформир.		фаза не сформир.
15	1	фаза не сформир.	9	фаза не сформир.	0	фаза не сформир.
16	7	фаза не сформир.	2	фаза не сформир.	4	фаза не сформир.
17	2	фаза не сформир.	9	фаза не сформир.	0	фаза не сформир.
18	6	фаза не сформир.	9	фаза не сформир.	0	фаза не сформир.
19	1	фаза не сформир.	2	фаза не сформир.	4	фаза не сформир.

20	4	фаза не сформир.	3	фаза не сформир.	2	фаза не сформир.
----	---	------------------	---	------------------	---	------------------

Характеризуя результаты, полученные при диагностике по данной методике, отмечаем, что у 25 % педагогов, проживающих в сельской местности фаза «Напряжение» сформирована, что свидетельствует о том, что эмоциональное выгорание начинает прогрессировать в данной выборке, так как данная фаза считается предвестником рассматриваемого нами синдрома.

Анализируя результаты, делаем вывод, что фаза «Резистенция» у 50 % сельских педагогов является сформированной. Из этого следует, что преподаватель осознанно или неосознанно стремится восстановить психологический комфорт, уменьшая влияние внешних обстоятельств с помощью имеющихся в его распоряжении средств.

Интерпретируя данные, полученные при диагностике по методике В.В. Бойко, отмечаем следующее: фаза «Истощение» сформирована у 15 % педагогов сельской местности. Это указывает на то, что у меньшинства педагогов в сельской местности происходит падение общего энергетического тонуса и ослабление нервной системы.

Таким образом, оперируя смысловым содержанием и количественными показателями, подсчитанными для разных фаз формирования синдрома "выгорания", прослеживается, что у педагогов МКОУ «Абалаковская СОШ №1» уже сформирована фаза «Резистенция», или сопротивление. Из этого следует, что половина испытуемых сельской школы сопротивляются профессиональному стрессу путём ограждения себя от стрессовых ситуаций и неприятных впечатлений.

Проанализировав результаты, полученные по результатам обследования педагогов МБОУ "СОШ №1 г. Лесосибирска" по методике В.В. Бойко, мы обнаружили, что у 30% испытуемых, проживающих в городской местности, проявляются признаки эмоционального выгорания (см. таблицу 2).

Таблица 2 - Результаты исследования признаков профессионального выгорания у педагогов МБОУ «СОШ №1 г. Лесосибирска»

Испытуемые	Фаза «Напряжение»		Фаза «Резистенция»		Фаза «Истощение»	
	алл	Степень сформир.	алл	Степень сформир.	алл	Степень сформир.
1	1	фаза не сформир.	9	сформир. фаза	6	фаза не сформир.
2	0	фаза не сформир.	4	фаза не сформир.	8	фаза не сформир.
3	4	в стадии формир.	0	в стадии формир.	1	фаза не сформир.
4	1	фаза не сформир.	8	в стадии формир.	1	фаза не сформир.
5	5	фаза не сформир.	0	фаза не сформир.	2	фаза не сформир.
6	5	в стадии формир.	6	сформир. фаза	1	в стадии формир.
7		фаза не сформир.		фаза не сформир.		фаза не сформир.

			7		8	
8	6	фаза не сформир.	0	фаза не сформир.	7	фаза не сформир.
9	4	фаза не сформир.	2	фаза не сформир.	2	фаза не сформир.
10		фаза не сформир.	7	фаза не сформир.		фаза не сформир.
11	3	фаза не сформир.	3	фаза не сформир.	5	фаза не сформир.
12	2	фаза не сформир.	9	фаза не сформир.	4	фаза не сформир.
13	4	фаза не сформир.	4	фаза не сформир.		фаза не сформир.
14	7	фаза не сформир.	5	фаза не сформир.	5	фаза не сформир.
15	9	фаза не сформир.	5	сформир. фаза	1	фаза не сформир.
16	1	фаза не сформир.	4	фаза не сформир.	0	фаза не сформир.
17		фаза не сформир.		фаза не сформир.	3	фаза не сформир.
18		фаза не сформир.	6	фаза не сформир.	4	фаза не сформир.
19	7	в стадии формир.	2	в стадии формир.	3	фаза не сформир.
20	3	фаза не сформир.	1	фаза не сформир.	3	фаза не сформир.

Характеризуя результаты, полученные при диагностике педагогов по данной методике, отмечаем, что у 15 % преподавателей городской местности сформирована фаза «Напряжение». Это свидетельствует о том, что эмоциональное выгорание в данной выборке менее прогрессирует в отличие от педагогов МКОУ «Абалаковская СОШ №1». Результаты степени сформированности фазы «Напряжение» у педагогов, проживающих в разных социокультурных условиях, а именно в городской и сельской местности.

Анализируя результаты, полученные по методике В.В. Бойко, мы выявили, что фаза «Резистенция» у 30 % педагогов является сформированной. Если сопоставить результаты сформированности фазы «Резистенция» у педагогов МБОУ "СОШ №1 г. Лесосибирска" и сельских педагогов, то из этого следует, что педагоги из города в меньшей степени стремятся восстановить психологический комфорт, уменьшая влияние внешних обстоятельств с помощью имеющихся в его распоряжении средств.

Проанализировав данные, полученные при диагностике педагогов, проживающих в городской местности, отмечаем следующее: фаза «Истощение» сформирована у 5 % учителей МБОУ "СОШ №1 г. Лесосибирска". Это указывает на то, что у педагогов в данной местности общий энергетический тонус и нервная система находится в норме.

Следовательно, оперируя смысловым содержанием и количественными показателями, подсчитанными для разных фаз формирования синдрома "выгорания", прослеживается, что у педагогов МБОУ "СОШ №1 г. Лесосибирска" сформированной фазой является «Резистенция» или сопротивление (30% из общего числа). Из этого следует, что несколько испытуемых городской местности сопротивляются профессиональному стрессу, путём ограждения себя от стрессовых ситуаций и

неприятных впечатлений. Сопоставив результаты исследования, мы пришли к выводу, что у сельских педагогов синдром «выгорания» проявляется чаще, в отличие от городских учителей. В целом отметим, что для педагогов, принявших участие в исследовании, свойственно преобладание фазы «Резистенция» (МБОУ "СОШ №1 г. Лесосибирска" – для 30%, МКОУ «Абалаковская СОШ №1» - для 50%) в виде приспособления к стрессогенным условиям. Таким образом, можно сделать вывод, что для педагогов функционирование в стрессовых условиях стало нормой.

Таким образом, сопоставив результаты исследования, мы пришли к выводу, что у педагогов, проживающих в сельской местности, синдром «выгорания» проявляется чаще, в отличие от педагогов, проживающих в городской местности. В заключение хочется отметить, что опасность профессионального выгорания заключается в том, что ему свойственно очень быстро прогрессировать. Важное значение в преодолении профессионального выгорания имеют такие качества, как самоконтроль, самооценка, а также стрессоустойчивые качества, физическая тренированность, самовнушаемость, способность быстро приспосабливаться к сложным ситуациям и их преодолевать, в короткое время восстанавливать душевное равновесие. Чрезвычайно важным является навык самообладания, необходимый процесс управления своим поведением в экстремальной ситуации.

Список литературы:

1. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. - СПб.: Питер, 1999. - 105 с.
2. Дмитриев А.В. Профессиональное выгорание специалистов социальной работы // Материалы межвузовской научной студенческой конференции «Интеллектуальный потенциал Сибири»: Современные проблемы гуманитарных и социально-экономических наук. - Новосибирск, 2010. - С.122-123.

УДК 159.923-053.6

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

Е.О.Цыпленкова

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Онкологические заболевания являются бичом XXI века. Ежегодно во всем мире наблюдается тенденция роста числа людей, у которых диагностировали злокачественные новообразования. На сегодняшний день онкология является одной из основных причин смертности. В современном мире онкология является причиной, от заболеваний которой ежегодно умирает приблизительно около пяти миллионов людей. К сожалению, до сих пор невозможно четко обозначить причины появления заболеваний онкологии, так как на развитие раковых клеток может влиять как один, так и несколько факторов.

В наше время существует множество разнообразных методов лечения этого заболевания, однако, заболеваемость населения Российской Федерации злокачественными новообразованиями с 2000 по 2005 г. увеличилась на 4,6 % и достигло 469 195 человек. В 2005 г. в России от злокачественных новообразований умерли 285 402 человека: 52 787 - от рака легкого, 38 429 - от рака желудка, 36 393 - от рака ободочной и прямой кишки,

22 830 - от рака молочной железы. Средний возраст умерших от злокачественных новообразований составил 65 лет. В 2005 г. в России от злокачественных новообразований умерли 1048 детей в возрасте от 0 до 14 лет. Поэтому тема лечения и профилактики онкологических заболеваний остается главной проблемой всего мира, не только России. (М. И. Давыдов, Ш. Х. Ганцев. 2010г.)

Современные исследования онкологических пациентов позволяют изучить их психологические особенности, отношение к болезни и реакции на заболевание, возможности адаптации к изменившейся жизненной ситуации. В концепции «личность как система отношений» отношение к болезни является одной из признанных мишеней психотерапевтического воздействия. Изучение влияния ситуации онкологического заболевания на психику пациента является научной основой для оказания адекватной психологической помощи онкологическим больным. Особенностью людей больных раком является то, что своевременное и адекватное лечение позволяет значительно увеличить продолжительность их жизни. Однако, качество жизни может снижаться в связи с последствиями лечения и переживаниями, вызванными такими последствиями. Анализ литературы выявил целесообразность изучения отношения к болезни у пациентов с онкологическими заболеваниями с целью разработки эффективных программ психологического сопровождения таких людей.

Онкологическое заболевание оказывает на психику пациента двойное влияние — соматогенное и психогенное. Эта тяжелая в соматическом плане патология ведет к психической и физической астении, к истощению, что сказывается на психической деятельности и может вызывать соматогенные психические расстройства. Однако, учитывая распространенные в обществе представления о раке и о судьбе больных раком, сам факт заболевания можно считать серьезной психической травмой. Важно подчеркнуть, что проявление психологических сдвигов и выраженность психических нарушений у онкологических больных практически не коррелирует с тяжестью заболевания. Правда, как считает В.Д. Менделевич, оценить количественно тяжесть психического состояния или психопатологических симптомов и синдромов довольно трудно. Для психолога очевидно, что это свидетельствует об огромной роли личности больного, его отношения к ситуации болезни. (Л.П. Урванцев, 1994г.)

Н.И. Непомнящая отмечает в своей статье черты, присущие, по её мнению, людям, которые болеют раком и умирают от этой болезни. Автор сравнивает онкологических больных по своей инфантильности с детьми. Когда такие люди попадают в стрессовую ситуацию, они недооценивают угрозу их здоровью, жизни, что как раз и является проявлением инфантильности, и поэтому могут отказаться от предлагаемого им лечения и операции, спасающих им жизнь или продляющих её. По мнению автора, такого рода механизм включает зоны детского клеточного роста, поэтому начинается бесконтрольный рост опухолей. При стрессе возникает снижение сопротивляемости организма, снижение иммунитета. (Н.И. Непомнящая, 1998г.)

Такого же мнения придерживается и М.Г. Ивашкина. Она считает, что большинству людей, болеющих раком (независимо от разновидности онкологического заболевания) свойственны общие психологические особенности, проявляющиеся главным образом в трудностях эмоционального и рационального восприятия и реагирования на психотравмирующие ситуации, а также склонности занимать инфантильную позицию, отдельные черты которой проявлялись еще до возникновения болезни.

9. "Инфантильность" понимается не в обыденно-житейском тривиально-принятом смысле, не как проявление "ребячливости", "детскости" во внешнем поведении, а в более глубинном значении, связанном с наличием определенных психологических параметров, часто не проявляющихся во внешнем поведении, но выявляемых при специально направленном эксперименте. "Инфантильность" - это не просто "детский" взгляд на мир, это целый набор черт (своего рода психологический профиль), включающий не только преимущественную позицию ребенка (по Берну), но и ряд особенностей, проявляющихся в эмоциональной, рациональной, ценностной сферах и в системе отношений с миром (М. Г. Ивашкина, 1995г.).

10. Наиболее существенным признаком психического инфантилизма является эмоционально-волевая незрелость, которая выражается в несамостоятельности, повышенной внушаемости, стремлении к получению удовольствия от игровой деятельности, беспечность, незрелость чувства долга, ответственности, неумение подчинять свое поведение требованиям, неспособность сдерживать проявления чувств, волевого напряжения.

Типична для онкологических больных реакция на жизненные проблемы: например, на потерю близких или на сильный стресс – проявление беспомощности, отказ от борьбы и от попыток к адаптации. Больные фиксируются на проблеме, впадают в состояние безысходности. Сталкиваясь с травмирующим событием, раковые больные переживают свои чувства в себе, не давая им выйти наружу. Прослеживают также особую приверженность таких людей к общепринятым социальным нормам, заставляющую их маскировать свои эмоции внешним благополучием. Пряча свои чувства – гнев, боль, они полагают, что таким образом соответствуют общественным моральным конвенциям. Склонность онкологических больных к пессимистической оценке событий приводят к хроническим депрессиям и даже к потере интереса к жизни.

Все пациенты склонны концентрироваться на своих проблемах и решать их автономно. Для них характерна неадекватность самооценки, социальная дезадаптация, высокий уровень аутоагрессии, эмоциональная нестабильность, отвержение близости с другими. Те пациенты, кто не подлежит восстановительной операции, используют нерациональные способы психологической защиты. Они обидчивы, агрессивно-беспокойны, личностно-тревожны, неадекватны в восприятии своего тела, пространства жизнедеятельности, отказываются от описания схемы тела. Некоторые из них внушают себе, что люди избегают их из опасности заразиться, начинают испытывать при общении чувство стыда, сокращают контакты и общение (Русина Н.А. 2002г.).

Независимо от локализации и стадии основного онкологического процесса, возраста, пола, образования, часто можно фиксировать наличие у больных эмоционального напряжения, которое формирует психогенные реакции, главным образом тревожно-депрессивного и дисфорического характера. Характерным признаком тревоги является невозможность определить характер угрозы и предсказать время ее возникновения. Неосознаваемость причин, вызвавших тревогу, может быть связана с отсутствием или бедностью информации, с неадекватностью ее логической переработки или неосознаванием факторов, вызывающих тревогу, в результате включения психологических защит. Интенсивность тревоги сама по себе снижает возможность логической оценки информации. Таким образом, пациенты попадают в замкнутый круг зависимости своего соматического состояния от нарастающей тревожности.

Также наблюдается высокий уровень ситуативной тревоги у больных. В ее структуре преобладает тревожная оценка перспективы, фобический компонент и общая тревожность, а наименее выраженным является компонент социальной защищенности. Кроме того, у таких пациентов блокирована потребность в самореализации, у них появляется ощущение нависшей угрозы, чувства собственного бессилия и переутомления.

Одной из важных психологических проблем в онкологической клинике является проблемы реакции личности на болезнь. От того, как больной относится к своему заболеванию, зависит общий успех лечения. (Селье Г. 1960)

Анализ современного состояния проблемы позволил предположить, что особенности личностного реагирования больного на ситуацию онкологического заболевания наиболее ярко представлены в эмоциональной сфере и что отношение к своей болезни зависит от эмоционального состояния больного. Онкологические, как и все другие тяжелые заболевания, у многих больных вызывают мощный психологический стресс. Сопутствующие психологическому стрессу отрицательные эмоции, отрешенность могут усугубить течение болезни. Купирование на первых этапах терапии неблагоприятных эмоциональных воздействий, представляется не менее важной задачей, чем непосредственное лечение соматического заболевания. Эмоциональной реакцией на заболевание пациентов с диагнозом «рак» является ощущение внутренней напряженности, страха, повышение общего уровня тревоги, неуверенности в себе, появление страха за будущее. На фоне всех реакций и дополнительно неполной и неправильной информации (со слов знакомых) о таком заболевании, у больного занижается самооценка, он как бы «пасует» перед болезнью. В этом случае требуется квалифицированная психологическая помощь.

Таким образом, анализ существующей научной литературы по онкологическим заболеваниям, исследований в области психологии личности онкологического больного позволяет говорить о существовании зависимости течения заболевания с психологическим самочувствием больного. В связи с этим, остро встает вопрос о возможности оказания своевременной психологической помощи онкологическим больным. И если в медицине ежегодно достигаются все новые успехи в лечении онкологических заболеваний, то наука психология до сих пор не воспринимается всерьез медицинским сообществом как реальный инструмент помощи онкологическим больным, хотя первые шаги в направлении оказания психологической помощи больным людям уже делаются. Во многих онкологических центрах, диспансерах вводятся должности психологов. Раннее диагностирование онкологии дает человеку шанс на полное выздоровление. Если же ему будет оказана еще и психологическая поддержка, которая поможет избежать эмоциональной нестабильности, повысит стрессоустойчивость, то шанс на выздоровление увеличится.

В рамках своей курсовой работы я начала проводить исследование с больными Красноярского краевого клинического онкологического диспансера имени А.И. Крыжановского. В качестве инструмента исследования я использовала следующие методики:

- Medical Outcomes Study-Short Form, сокр. MOS SF-36) - опросник, предназначенный для исследования неспецифического качества жизни, связанного со здоровьем, вне зависимости от имеющегося заболевания, половых, возрастных особенностей и специфики того или иного лечения.

- Копинг-тест Лазаруса - методика предназначена для определения копинг-механизмов, способов преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности, копинг-стратегий. Данный опросник считается первой стандартной методикой в области измерения копинга.

- Методика «Индекс жизненного стиля» (LSI – Life style index) R. Plutchik, H. Kellerman - методика LSI предназначена для оценки степени использования индивидом восьми механизмов психологической защиты, признанных в структурной теории Р. Плутчика основными. Это механизмы отрицание, проекция, регрессия, замещение, вытеснение, интеллектуализация, формирование реакции, компенсация.

- Опросник «Определение типа жизненного сценария» - позволяет диагностировать два типа жизненных сценариев, занимающих полярные, крайние позиции и характеризующих две тенденции устойчивости жизненного мира человека : 1) преодоление как восполнение необходимого, минимизация усилий человека в отношении организации собственной жизни и творчества , стереотипность способов взаимодействия с окружающим миром и 2) восхождение как восполнение сверхнеобходимого , наличие особого духовного усилия человека в отношении самостроительства собственной жизни и реализации потребности творчества.

- Методика ТОБОЛ - предназначена для психологической диагностики типов отношения к болезни. При такой диагностике задействована типология отношений к болезни, предложенная А. Е. Личко и Н. Я. Ивановым (1980). Методика позволяет диагностировать следующие 12 типов отношения: сенситивный; тревожный; ипохондрический; меланхолический; апатический; неврастенический; эгоцентрический; паранойяльный; анозогнозический; дисфорический; эргопатический; гармоничный.

- Шкала психологического благополучия К. Рифф адаптированная Шевельковой Т. Д., Фесенко П. П. (2005) - методика «шкала психологического благополучия» выявляет актуальное благополучие человека на данном жизненном этапе.

Эти методики позволяют нам выявить систему взглядов пациента на самого себя, своё заболевание. Интерпретация предложенных методик дает возможность также оценить степень психологического настроя на лечение, показывает, насколько объективно пациент воспринимает отношения к самому себе со стороны общества и родственников. Данные показатели важны, так как все они прямо или косвенно влияют на эффективность проводимых лечебных и реабилитационных мероприятий. Изучив все аспекты личностных особенностей пациентов, я планирую разработать эффективную программу психологического сопровождения онкологических больных.

Список литературы:

1. Давыдов М. И. , Ганцев Ш. Х. 2010. Онкология: учебник.
2. Ивашкина М.Г. Исследование психологического аспекта онкологического заболевания. Дипломная работа,- М.: МПГУ, 1995.
3. Непомнящая Н.И. Психологический аспект онкологических заболеваний // Психол. журн. 1998. Т. 19. № 4. С. 132–145.
4. Русина Н. А. . Эмоции и стресс при онкологических заболеваниях - С.152-160.
5. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме.- М.-: Медгиз, 1960-254 с.
6. Урванцев Л.П. Психологические аспекты работы с больными: внутренняя картина болезни // Новости медицины и фармации. Ярославль. 1994. №2. С. 40-41.

УДК 159.923.3:616.1

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ НАЛИЧИЕМ АЛЕКСЕТИМИИ И УРОВНЕМ НЕВРОТИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Л.О. Черненко, О.В. Волкова

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования

«Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Ишемическая болезнь сердца (синоним коронарной болезни) — патология сердца, в основе которой лежит поражение миокарда, обусловленное недостаточным его кровоснабжением в связи с атеросклерозом и возникающими обычно на его фоне тромбозом или спазмом венечных (коронарных) артерий сердца. (Малая медицинская энциклопедия, 1991 - 96).

Согласно данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), ишемическая болезнь сердца занимает первую строчку в списке заболеваний, унесших больше всего человеческих жизней за последнее десятилетие. По данным статистики, 2/3 смертельных исходов от сердечнососудистых болезней среди лиц в возрасте от 45 до 64 лет приходятся на долю ишемической болезни сердца и инфаркта миокарда. Таким образом, данное заболевание представляет существенную угрозу для здоровья населения, как в нашей стране, так и за рубежом.

В последнее время, в ряде исследований имеются сведения о том, что неблагоприятное эпидемиологическое положение в отношении ИБС (заболеваемость, летальность) определяется не только уровнем основных факторов риска, таких, как артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, курение, избыточная масса тела, гиподинамия, но и уровнем личностных психологических, поведенческих и социальных факторов. С этой точки зрения большой интерес представляет такая психологическая характеристика личности больного, как алекситимия. Настоящий этап исследований в работах по алекситимии характеризуется накоплением наблюдений по ее выраженности и распространенности среди различных вариантов психосоматической патологии. Вместе с тем, данные о распространенности алекситимии среди больных, страдающих ИБС, и ее соотношении с симптоматикой и результатами лечения опубликованы лишь в единичных сообщениях (Кисляк, О.А., Коркина, М.В. и др, 1999).

Вышеизложенное во многом объясняет актуальность проводимого нами исследования.

Термин "алекситимия" обозначает "отсутствие слов для выражения чувств". Впервые концепция алекситимической личности была сформулирована в 1973 г. J. Nemiah и P. Sifneos. Ими выдвинута гипотеза, согласно которой ограниченность осознания эмоций и когнитивной переработки информации ведет к фокусированию эмоционального возбуждения на соматическом компоненте (Агеенкова, Е.К. 1999).

Алекситимию традиционно относят к ряду аффективных расстройств, в том числе опираясь на этимологию термина, используя понимание алекситимии как «без слов для чувств» или «нет слов для названия чувств». За более чем 40-летнюю историю исследования особенностей алекситимии зарубежные и отечественные учёные принципиально продвинулись в определении черт этого явления.

К числу этих черт Г.С. Исурин и соавторы относят: неспособность или затрудненность человека идентифицировать и возможность описать своё чувственное состояние, трудности в различении чувств и телесных ощущений, нечувствительность и непонимание эмоций других людей, фиксация в ущерб внутренним переживаниям – на внешних событиях, ограниченное использование знаков, о чём свидетельствует бедность воображения и фантазии, сновидений.

По утверждению ряда ученых, больным также свойственно: «бесконечное описание физических ощущений, часто не связанных с найденным заболеванием; содержание мыслей характеризуется отсутствием фантазий; внутренние ощущения описываются преимущественно в терминах раздражительности, скуки, пустоты, усталости, возбуждения, напряжения и т. д.; аффекты неадекватны; ярко выражены трудности в вербализации чувств; преобладающий образ жизни — действие; присутствует тенденция к импульсивности; межличностные связи обычно бедны: больные предпочитают

одиночество, часто избегают людей; беседа с таким пациентом, как правило, сопровождается ощущением скуки и бессмысленности контакта (В.М. Провоторов, 2000).

П. Сифнеос, Н.Д. Семенова и другие к чертам алекситимической личности добавляют недостаточную глубину эмоционального потенциала личности. С этим связаны такие характерные черты мышления, как превалирование разумного над эмоциональным, когнитивная неразличимость с коннотациями альтернативности.

На современном этапе изучения проблемы алекситимии, нет единого мнения относительно генеза данной патологии, но учеными были выдвинуты три основные подхода к объяснению возможных причин формирования алекситимии.

Первый подход – это первичная алекситимия (биологический подход или теория). В этой концепции алекситимия представлена как первичный процесс, где ведущая роль отведена генетическим механизмам, особым вариантам (или дефектам) развития головного мозга (В.В. Калинин, 1995).

Ко второму подходу – концепции травматической соматизации (вторичной алекситимии) – относят представления, связанные с состоянием так называемого «оцепенения» (или полного торможения аффектов), которое наступает как реакция на тяжёлую психологическую травму. При этом отмечаются следующие специфические характеристики личности: слабая представленность в настоящем событий прошлого жизненного опыта; бедность языка в общении и самоописаниях; невозможность адекватного прогнозирования собственной деятельности (даже в экспериментальной обстановке) и т.д. Вторичная алекситимия может быть отражена в форме скрытой депрессии или патологической форме горя (Н.Д. Былкина, 1995).

Третий – социологический – подход поясняет возникновение алекситимии в разрезе поведения, культурных и общественных факторов. Д. Кристал выделяет в качестве условия алекситимии социальное научение.

Таким образом, можно утверждать, что феномен алекситимии представляет значительный научный интерес как с точки зрения медицины, так и психологии. Алекситимия может являться фактором развития различных психосоматических патологий, о чем свидетельствует обширная база исследований.

По мнению В.В. Калинина (1995), алекситимия не просто располагает к развитию психосоматической патологии, но и несет существенную прогностическую информацию о течении заболевания в целом и эффективности терапии.

Согласно результатам ряда исследований пациенты, страдающие ишемической болезнью сердца и имеющие в структуре личности алекситимию, в большей степени подвержены развитию тревоги и депрессии (Будневский А.В, 1998, Прасолова В.Е, 2003).

При любом заболевании, в том числе и при ИБС, может произойти невротизация личности. И хотя на фоне невроза ИБС не развивается чаще, невроз не предотвращает развития коронарного атеросклероза. При сочетании обоих заболеваний возможно атипичное течение ИБС и атипичность стенокардии.

Для определения понятия «невротизация личности» в первую очередь необходимо обратиться к клиническому термину «невроз». Понятие «невроз» было введено в медицину в 1776 г. Cullen. В свое время это был прогрессивный шаг, позволивший выделить из ряда соматических заболеваний психосоматические расстройства и связать их с нарушением нервной деятельности. В настоящее время в понятие "невроз" вкладывается разное содержание.

По В.Д. Менделевичу, невроз представляет собой функциональное расстройство психической деятельности, возникающее как реакция на значимые психотравмирующие события и обусловленное несовершенством механизмов психической защиты личности и антиципационной несостоятельностью.

Согласно Б.Д. Карвасарскому, невроз является психогенным (как правило, конфликтогенным) нервно-психическим расстройством, возникающим в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека, и проявляющимся в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений.

С точки зрения Н.Б. Ласко, невротизация является вариативной личностной переменной. Невротизация формируется под влиянием трех классов психических явлений. Прежде всего её уровень опосредован эмоционально-мотивационными особенностями личности, психосоматика обозначается вторым классом явлений, а общее состояние человека, самочувствие – третьим. Типичный для конкретного человека уровень невротизации, в основном обусловленный его личными особенностями, и определяет вероятностный диапазон изменений, вызываемых различными психо-, сомато-, социогенными факторами (Н.Б. Ласко, 1978).

Значительный вклад в изучение проблемы невротизации личности внесла американский психолог Карен Хорни.

Согласно К. Хорни, невроз возникает как защита от таких неблагоприятных социальных факторов, как унижение, социальная изоляция, тотальная контролирующая любовь родителей в детстве, пренебрежительное и агрессивное отношение родителей к ребёнку. Чтобы защититься, ребенок формирует три основных способа защиты: «движение к людям», «против людей» и «от людей». Движение к людям преимущественно представляет собой потребность в подчинении, в любви, в защите. Движение против людей - это потребность в триумфе над людьми, в славе, в признании, в успехе, в том, чтобы быть сильным и справляться с жизнью. Движение от людей представляет собой потребность в независимости, свободе, в отдалении от людей. У каждого невротика есть все три типа, однако один из них преобладает, таким образом можно условно классифицировать невротиков на «подчинённых», «агрессивных» и «обособленных» (К.Хорни, 1993).

А.В. Батаршев, также говорит о роли психотравмирующих событий в возникновении невротических состояний.

По его мнению, психотравмирующие (психогенные) факторы, ставшие причиной возникновения невротических состояний личности, весьма разнообразны. В одних случаях это расстройство планов, крушение надежд, вызывающее состояние сильной неудовлетворенности. И тогда мы говорим о фрустрационной ситуации: индивид наталкивается на преграды, которые являются непреодолимыми или только кажутся ему таковыми. В других случаях это депрессия, сенсорная, эмоциональная или социальная изоляция (депривация), вызывающая состояние депрессии, раздражительности, апатии, страхи или навязчивые состояния.

Под психотравмирующим фактором понимается интенсивное, но сравнительно кратковременное отрицательное внешнее воздействие на человека, которое может вызвать сильное эмоциональное переживание (горе, печаль, чувство утраты или одиночества, отчаяние, страх, тревогу и другие психические нарушения, а также соматические расстройства). Такие факторы достаточно разнообразны и могут следовать друг за другом. Если их отрицательное воздействие происходит в течение длительного времени, то говорят о психотравмирующих ситуациях, оказывающих значительное влияние на возникновение невротических состояний (А.В. Батаршев, 2004).

Следует отметить, что проблема невроза и невротизации личности является ярким примером того, насколько различны по своей трактовке и многозначны взгляды, находящие отражения в трудах представителей разных направлений и эпох. С момента введения термина «невроз» в науку и по настоящее время, учеными всего мира было накоплено значительное количество сведений о данном феномене.

Н.Н. Дьячкова-Рехтина (2007) подчеркивает, что признание влияния эмоций и выраженности тревоги на возникновение и течение ишемической болезни сердца важным моментом в установлении истинного соотношения психического и соматического в состоянии этой категории пациентов с целью проведения им адекватной терапии.

В рамках теории «профиля личности» проведено множество исследований с личностными методиками. Наиболее популярным среди них является тест ММРІ. Большинство исследований с применением этой методики выявили у больных ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией повышение по сравнению со здоровыми уровнями шкал ипохондрии, истерии, психастении. Для них было характерно наличие так называемой «конверсионной пятерки». Часто обнаруживались повышения, кроме указанных, уровня шкал депрессии и тревожности. Эти данные указывают на наличие в структуре личности больных ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией тревоги и невротизации. (И.Е. Ганелина, 1971).

Таким образом, целью данной работы является исследование взаимосвязи между алекситимичностью и уровнем невротизации у пациентов с ишемической болезнью сердца.

В результате была выдвинута следующая гипотеза исследования: при алекситимическом типе личности у пациентов с ишемической болезнью сердца, наблюдается повышенный уровень невротизации личности по сравнению с пациентами без алекситимии.

Теоретическая значимость работы заключается в получении данных в отношении взаимосвязи между наличием алекситимии и уровнем невротизации личности пациентов с ишемической болезнью сердца.

Практическая значимость работы заключается в том, что полученные результаты исследования могут быть использованы как в контексте работы практикующего психолога консультанта / психотерапевта с пациентами сердечнососудистой патологии, так и для разработки программ предотвращения развития невротических расстройств у пациентов с ишемической болезнью сердца.

Для реализации задач исследования были использованы комплекс теоретических (теоретико-методологический анализ, обобщение, интерпретация научных данных) и психодиагностических методов (Торонтская алекситимическая шкала», «Методика диагностики уровня невротизации» Л.И. Вассермана).

Исследование было организовано и проведено на базе города Красноярской межрайонной клинической больницы скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича. Выборку составили женщины в возрасте от 55 до 65 лет с диагнозом ишемическая болезнь сердца в количестве 16 человек.

По результатам исследования Торонтской алекситимической шкалы было выявлено следующее: количество исследуемых с наличием явной алекситимии составило 25%, с преобладанием алекситимических черт личности – 37,5%, количество тех, чьи показатели свидетельствовали о низком показателе или об отсутствии алекситимии в структуре личности, составило 37,5%.

По результатам исследования методики диагностики уровня невротизации Л.И. Вассермана было установлено: количество исследуемых с преобладанием среднего уровня невротизации личности равняется 50%, с высоким уровнем – 37,5%, с низким соответственно – 12,5%.

Результат корреляционного анализа полученных данных, т.е. соотнесения показателей наличия алекситимичности с показателями уровня невротизации, показал наличие достаточно сильной положительной корреляционной зависимости между ними (коэф. корреляции – 0,74). Иными словами, взаимосвязь между исследуемыми

параметрами была установлена, так, увеличение показателя одного параметра ведет к увеличению показателя другого.

Таким образом, гипотеза о том, что при алекситимическом типе личности у пациентов с ишемической болезнью сердца, наблюдается повышенный уровень невротизации личности по сравнению с пациентами без алекситимии, нашла подтверждение в данном исследовании.

Для большинства пациентов с ишемической болезнью сердца, как выяснилось в результате проведения диагностических методик, характерной особенностью является наличие в структуре личности алекситимических черт, что неблагоприятно сказывается на их психологическом состоянии, в частности на росте уровня невротизации. Данная взаимосвязь может также сказаться на состоянии здоровья пациентов, т.к. алекситимия является психосоматическим фактором риска, что в совокупности с повышенной невротизацией личности исследуемой категории больных представляет весьма существенную угрозу их состоянию в целом.

Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что пациенты с ишемической болезнью сердца представляют собой группу риска возникновения алекситимии, а также еще раз подчеркнуть опасность данного феномена.

Список литературы

1. Агеенкова, Е.К. Психосоматические аспекты развития сердечно-сосудистых заболеваний. История вопроса [Текст] / Е.К. Агеенкова // Веснік Беларускага дзяржаўнага ўніверсітэта. - 1999. - С. 56 - 60.
2. Батаршев, А.В. Психодиагностика пограничных расстройств личности и поведения / М.: Изд-во Института Психотерапии, 2004. – 320 с.
3. Будневский А.В. Особенности соматического и психологического статуса больных ишемической болезнью сердца / А. В. Будневский Автореф. дис. канд. мед. наук. – Воронеж. – 1998. – 19 с.
4. Былкина, Н.Д. Алекситимия (аналитический обзор зарубежных исследований) // Вестник Московского ун-та. Сер. 14. Психология. 1995. № 1. С. 43-53.
5. Всемирная организация здравоохранения, официальный сайт [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.who.int/ru
6. Ганелина, И.Е., Краевский Я.М. О преморбидных особенностях личности больных ишемической болезнью сердца // Кардиология. 1971. Т. 11. № 2. С. 40-45.
7. Дьячкова-Рехтина, Н.Н. Алекситимия и тревога у женщин, перенесших инфаркт миокарда: психофизиологические методы коррекции / диссертация ... кандидата медицинских наук, Новосибирск, 2007– 125 с.
8. Ерьсько, Д.Б., Исурина, Г.С., Койдановская, Е.В. и др. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах / Метод. пособие. - С-Петербург, 1994. – 240с.
9. Калинин, В.В. Алекситимия, мозговая латерализация и эффективность терапии ксанаксом у больных паническим расстройством / Социальный и клинический психиатр. – 1995. – № 5. – 96-102 с.
10. Карвасарский, Б.Д. Неврозы. – Москва: Медицина, 2000. – 576 С.
11. Кисляк, О.А., Коркина, М.В. и др. Выраженность алекситимии и уровень комплайенса у больных, перенесших инфаркт миокарда / Кисляк, О.А., Коркина, М.В., Цивилько, М.А., Бухарева, С.В. / Социальная и клиническая психиатрия – 1999. – 3 С.
12. Кристалл, Д. Интеграция и самоисцеление. Аффект – Травма – Алекситимия / Институт общегуманитарных исследований, 2006. — 800 с
13. Ласко, Н.Б. Психологические методы в диагностике уровня невротизации и психопатизации/ Автореф. дис. канд. психол. наук. – Л., 1978.

14. Малая медицинская энциклопедия / М.: Медицинская энциклопедия. 1991—96 гг, том 1, – 560 С.
15. Менделевич, В.Д. Клиническая и медицинская психология / М., 1998. – 592 с.
16. Меньшикова, Л.В., Гурьева, С.А., Скок, Г.Б. Толерантность и психическое здоровье / М.: 2003 – 28 с.
17. Прасолова В.Е. Психосоматические особенности больных острым инфарктом миокарда в зависимости от выраженности алекситимии / В. Е. Прасолова //Материалы межрегиональной студенческой научной конференции. – Воронеж. – 2003. – С. 35-37.
18. Провоторов, В.М. Алекситимия / В.М. Провоторов, Ю.Н. Чернов, О.В. Лышова, А.В. Будневский // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2000. - Т. 100, № 6. – С. 66-70
19. Хорни, К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ. / М., 1993 – 220 с.

УДК 159.9: 616.89

**СОВРЕМЕННЫЙ ОПЫТ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
НАРКОЗАВИСИМЫХ ПО ПРОГРАММЕ «12 ШАГОВ» (НА ПРИМЕРЕ
РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА «ЕНИСЕЙ» Г. КРАСНОЯРСК)**

П.А. Черномурова, М.А. Лисняк

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Сложившийся за два последних десятилетия высокий уровень наркотизации населения России остается прямой угрозой национальной безопасности и основным фактором подрыва демографического и социально-экономического потенциала страны. По результатам мониторинга, проведенного Государственным антинаркотическим комитетом, наркоситуация в России по-прежнему оценивается как тяжелая. В стране 7 млн. человек с разной степенью периодичности потребляющих наркотики. (Федеральная служба Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков, 2015)

Наибольшее распространение на данный момент получили синтетические наркотические вещества (спайс, различные курительные смеси и т.д.). Эти психоактивные вещества обладают как возбуждающим, так и тормозящим действием на ЦНС. Даже краткосрочный прием подробных препаратов приводит к повреждению клеток головного мозга, оказывает выраженонегативное влияние на органы дыхания, сердечно-сосудистую и репродуктивную систему. Систематическое применение такого рода наркотических веществ приводит к полному истощению адаптационных механизмов организма и тем самым делает человека весьма уязвимым для внешних повреждающих факторов. Достаточно часто синтетические наркотики вызывают серьезные нарушения психической деятельности, лица, употребившие данные вещества, госпитализируются в острые отделения психиатрических учреждений с галлюцинаторно-параноидной симптоматикой. В связи с этим людям, употреблявшим синтетические наркотики, перед прохождением основной программы реабилитации требуется дополнительный период для восстановления психики. (Официальный сайт Министерства внутренних дел Российской Федерации, 2015)

Реабилитация людей, злоупотребляющих различными психоактивными веществами — многогранный процесс восстановления здоровья человека и реинтеграции его в трудовую и социальную жизнь. Естественно, что виды реабилитации следует рассматривать в единстве и взаимосвязи. Три вида реабилитации (медицинская, трудовая, социальная) соответствуют трем классам последствий болезней: 1) медико-биологические последствия болезней, заключающиеся в отклонениях от нормального морфофункционального статуса; 2) снижение трудоспособности или работоспособности в широком смысле слова; 3) социальная дезадаптация, т. е. нарушение связей с семьей и обществом. Отсюда следует, что выздоровление больного после перенесенного заболевания и его реабилитация — совсем не одно и то же, так как помимо восстановления здоровья пациента необходимо восстановить еще и его работоспособность (трудоспособность), социальный статус, то есть вернуть человека к полноценной жизни в семье, обществе, коллективе (Попова С.Н., 2005).

Медицинская реабилитация наркозависимых включает, как правило, лечение в наркологическом диспансере. Медико-психологический и медико-социальный этапы реабилитации проходят на базе специализированных реабилитационных центров или также в стационаре наркологического диспансера.

Основные задачи наркологического диспансера: лечебно - диагностическая, консультативная и психопрофилактическая помощь больным алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями, оказание этим больным квалифицированной, специализированной стационарной и амбулаторной помощи.

В процессе лечения в медицинских учреждениях первоочередными задачами являются снятие абстинентного синдрома, последствий интоксикации, подавление влечения, создание невозможности (сенсбилизация, условно-рефлекторное отвращение) употреблять спиртное, изменение отношения к пьянству (психотерапевтическая переориентация, гипноз) (Чернышев Д.Н., 2015).

На сегодняшний день существует множество подходов к реабилитации пациентов с наркотической зависимостью. В данной работе проведен анализ современного подхода немедикаментозной реабилитации наркозависимых по программе «12 шагов» на примере реабилитационного центра «Енисей» (г. Красноярск). Вуказанном реабилитационном центре используются методы групповой терапии, индивидуальной психотерапии, метод анализа чувств и другие методы, способствующие ресоциализации личности зависимых и работе с созависимыми родственниками.

Реабилитационный центр «Енисей» был создан в 2014 году, на основе опыта людей, которые сами смогли избавиться от зависимости и долгое время работали в известных реабилитационных структурах. В команде реабилитационного центра работают консультанты по химической зависимости, психотерапевты, психологи, социальные работники и юристы. Также ведется непрерывное сотрудничество с активистами общественных организаций и волонтерами. Особенностью центра является то, что в нем не применяется насильственных методов воздействия и удержания, на протяжении всей реабилитации возможны встречи с родственниками. Цель - мотивировать человека к здоровому образу жизни, пробудить созидательные качества и научить уважать собственную личность.

Представляет интерес история самой программы «12 Шагов». В 1935 году в США появилось Сообщество Анонимных Алкоголиков. Его основателями стали врач и пациент, Роберт (Боб) Смит и Уильям (Билл) Уилсон. Больные алкоголизмом Билл и Боб задумались над тем, как вылечить не только тело, но и душу и стали записывать то, что помогает им оставаться трезвыми. Образовалась группа единомышленников, у которых была одна единая цель: бросить пить и научиться жить трезвыми. Они принимали и записывали все, что им помогало в достижении этой цели и отбрасывали то, что мешало.

Выстроилась целая теория, которая состоит из 12 емких предложений, которая и получила название «12 Шагов». Идея программы в покаянии, в перемене образа мыслей, так как без него работа по шагам невозможна. Программа «12 Шагов» завоевала признание среди пациентов и специалистов всего мира. Дело в том, что главной задачей программы является изменение взгляда человека на мир, возвращение его к нормальным человеческим ценностям. Практически речь идет о реабилитационной программе, "терапевтами" в которой выступают сами больные. Программа решает главную задачу лечения наркомании и алкоголизма: полную духовную переориентировку наркомана.

Сообщество Анонимных Наркоманов (АН) было образовано в июле 1953 года на первом собрании в Южной Калифорнии, которое также взяло за основу программу «12 Шагов». С самого начала была очевидна необходимость книги о выздоровлении от наркомании для укрепления Сообщества. Белая книга анонимные наркоманы была опубликована в 1962 году. Однако структура Сообщества была еще небольшой, и 60-е годы были годами борьбы за существование. Количество членов Сообщества на протяжении некоторого времени быстро росло, а затем стало снижаться. Появилась очевидная необходимость в специфическом руководстве. АН продемонстрировало свою зрелость в 1972 году, когда был открыт Офис Мирового Обслуживания (ОМО) в Лос-Анджелесе. Создание ОМО принесло Сообществу так необходимые единство и осознание цели.

Сейчас приблизительно в 150 странах существует более чем 100'000 групп, они насчитывают в своих рядах свыше 4'000'000 членов. В России указанная программа используется с 1986 г. и собирает все больше сторонников, так как ориентирована она на общечеловеческие ценности: любовь к людям, стремление к взаимопомощи, добру и самосовершенствованию.

«12 Шагов» доступны для любого зависимого человека, невзирая на разновидность употребляемых веществ, его возраст, образование, социальное положение, религиозные взгляды и убеждения. Она позволяет открыто взглянуть на суть болезни (зависимости) и самого себя, проанализировать свои межличностные контакты, помогает познать и обогатить, потенциальны возможности собственного «Я», а также дает ориентиры для достижения трезвости. Трезвость в сообществе единомышленников понимается значительно шире, чем сама абстиненция, поскольку она подразумевает другой, измененный способ мышления, восприятия себя и других, а также способность зрело и «трезво» жить и функционировать. (Реабилитационный центр «Енисей», 2015)

Сформулированные в «12 шагах» цели реализуются разными людьми по-разному, а шаги лишь предлагают очередность анализа собственных переживаний и опыта. Реабилитационный центр «Енисей» использует современный авторский подход данной программы. На протяжении всей реабилитации в центре происходит не только духовное развитие личности. Большое внимание уделяется восстановлению физического и психического здоровья, например, реабилитанты регулярно посещают баню, занимаются иппотерапией и мототерапией.

1-й шаг – «Мы признали свое бессилие перед нашей зависимостью, признали, что наши жизни стали неуправляемы» - с этого убеждения запускается процесс избавления от зависимости. Человек должен понять, что наркотики берут верх над его жизнью. Ему необходимо признать свое бессилие по отношению к наркотикам. Именно эти убеждения могут направить наркомана обратиться за помощью. Для реализации шагов в реабилитационном центре используется индивидуальная и групповая психотерапия. Наркоману предлагается написать рассказ о собственной жизни, где он должен проанализировать, что было в его жизни до наркотиков, и какие разрушения принесла ему зависимость. Таким образом, сначала человек признается в своей беспомощности перед

наркотиками себе, потом это происходит перед группой. Также с этого шага начинается ежедневный анализ чувств, который будет продолжаться в период всей реабилитации.

2-й шаг – «Мы пришли к убеждению, что только Сила, более могущественная, чем наша собственная, может вернуть нам здравомыслие» - для каждого человека понимание этой более могущественной силы свое. Для верующего человека - вера в Бога это опора, ведущая к правильной жизни. Для наркомана, у которого есть ребенок – любовь к нему может удержать от употребления. И наконец, каждый зависимый человек должен стать опорой и примером своему товарищу из группы. На этом этапе человек анализирует свою жизнь и что самое важное в ней. Каждому наркоману прикрепляют человека из группы, теперь он становится ответственным за его выздоровление. Всем выздоравливающим наркоманам объясняется, что вместе благодаря взаимопомощи они смогут сделать то, что не смогли сделать по одному. Они должны делиться своими чувствами и переживаниями друг с другом, чтобы иметь возможность подать руку помощи в кризисный момент.

3-й шаг – «Мы приняли решение препоручить нашу волю и наши жизни заботе Бога, как мы Его понимали» - этот шаг является начальным, он опирается на действия, которые ограничивают волю и чувство силы. На этом шаге человек должен четко осознать, что ему самому предстоит сделать с помощью могущественной Силы. Он должен изменить свое отношение к жизни, научиться самоанализу, поработать над своим характером, возместить ущерб, который нанесен употреблением наркотика, помогать другим. Все это выздоравливающий наркоман будет выполнять на последующих шагах.

4-й шаг – «Мы глубоко и бесстрашно исследовали себя с нравственной точки зрения» - это призыв взглянуть на себя честно, проследить развитие своей личности, изменения характера. Для этого предлагается проанализировать различные ситуации своей жизни, выстроить цепь, как черта характера влияет на поступок, и какое после остается чувство. Добросовестный и искренний анализ дает верное понимание ситуации, теперь человек знает, что для него норма. Эти действия позволяют предпринять меры, направленные на достижение желаемых изменений.

Как правило, данный шаг завершается к четвертому месяцу реабилитации. Состояние становится достаточно стабильным и начинается процесс социализации не только в группе, но и в реальной жизни. Человек отправляется на день или два домой, где он пытается реализовать сформулированные специалистами цели, наладить общение с окружающими. После возвращения в центр проводится рефлексия действий и эмоционального состояния. Таким образом, появляется возможность отследить и скорректировать возможные ошибки на пути к выздоровлению.

5-й шаг – «Мы признали перед Богом, собой и каким-либо другим человеком истинную природу наших заблуждений» - этот шаг можно сравнить с исповедью. Откровенный рассказ о себе, своих поступках и чувствах освобождает человека от чувства одиночества, позволяет надеяться на принятие и прощение со стороны другого человека, и тем самым примирение с самим собой. Теперь человек проделал огромную работу, он с большим трудом добился понимания собственного «я» и оголил его перед другими. Перед ним предстоит выбор заняться далее работой над собой или же забросить идею выздоровления. По завершению данного этапа человек готов взять на себя ответственность за развитие собственной личности, что ведет только к трезвости.

6-й шаг – «Мы полностью подготовили себя к тому, чтобы Бог избавил нас от всех наших недостатков» - подготовка к последующим изменениям. Готовность к избавлению от всех своих дефектов характера является условием совершенствования. Человек должен проанализировать список своих недостатков и искренне признать, какие именно недостатки действительно ему мешают прямо сейчас, от каких в ближайшее время можно

избавиться, а над какими поработать позже. Теперь нужно стремиться к заданной цели, постоянно, самосовершенствуясь.

7-й шаг – «Мы смиренно просили Его избавить нас от наших недостатков» - создает фундамент полной капитуляции, подготовка к которой проводилась раньше, когда человек проанализировал свой характер и рассказал о своих недостатках. Особо подчеркивается необходимость смирения и изменения жизненных условий. Выздоровливающий наркоман принимает себя и других людей. Если в жизни перед человеком возникают преграды, то он соглашается изменить себя, чтобы жизненные ситуации приносили как можно меньше негативных чувств.

8-й шаг – «Мы составили список всех тех людей, которым мы причинили зло, и преисполнились желанием возместить им всем ущерб» - на этом шаге составляется реальный список всех людей, которым когда-либо причинялось зло. Человек начинает осознавать, что повел себя не верно. Перед ним встает выбор копить к себе презрение или освободиться от чувства вины, путем возмещения ущерба. Этот этап знаменуется желанием смотреть на мир без злобы и страха.

9-й шаг – «Мы лично возместили этим людям ущерб, где только возможно, кроме тех случаев, когда это могло повредить им или кому-либо другому» - на этом этапе происходит работа над собственными эмоциями, изменение отношений с другими людьми. Возмещается ущерб людям из списка, который составлялся на восьмом шаге. Эти действия позволяют, в конечном счете, избавиться от чувства вины и согласиться с последствиями, имевшей место ранее несправедливости. В реабилитационном центре «Енисей» уделяется большое внимание ресоциализации личности, важно не только уметь заглаживать вину за содеянное. Важно нести пользу обществу и стране, в которой живешь. Реабилитационный центр предоставляет возможность делать это, не покидая группы выздоровления. Ребятами и сотрудниками центра проведена деятельность по подготовке отдалённых сельских школ к новому учебному году 2015-2016. Осуществлялись хозяйственные и ремонтные работы, выполнялся поиск инвентаря, требуемого для организации образовательного процесса. Кроме того, проведены благотворительные акции по сбору вещей для детей, оставшихся без попечения родителей, а также для учеников, чьи семьи находятся в сложном материальном положении.

10-й шаг – «Мы продолжали самоанализ и, когда допускали ошибки, сразу признавали это» - учит делать выводы, каждый день отмечать свои как хорошие, так и слабые стороны характера, признаваться в них, исправлять их «на ходу». Человек должен научиться обдумывать каждое свое действие, следить за своими мыслями. У него всегда есть возможность исправить ситуацию за тридцать секунд. Это делается для того, чтобы не стереть в одну минуту уже достигнутое. Шаг предохраняет от возврата к старым представлениям и поведению, которые могли бы затормозить процесс выздоровления и спровоцировать возврат к прежней жизни.

11-й шаг – «Путем молитв и размышлений мы старались улучшить свой осознанный контакт с Богом, как мы Его понимали, молясь лишь о знании Его воли, которую нам надлежит исполнить, и о даровании сил для этого» - Проходя данную, ступень человек должен почувствовать мужественность, собственную ответственность за свою жизнь. Происходит построение жизни, в которой нет страха, недоверия, в которой выздоравливающий наркоман соперничает и помогает людям, а тяготы считает уроком.

12-й шаг – «Достигнув духовного пробуждения в результате выполнения этих шагов, мы старались нести весть другим зависимым и применять эти принципы во всех наших делах» - является стимулом для тех, кто живет «новой жизнью». Выздоровевший понимает, что для закрепления временного успеха необходимо быть нужным, делиться своим опытом с другими. «Нести послание» путем оказания помощи другим, дает

удовлетворение и одновременно воспитывает чувство уважения к самому себе, без чего зависимый человек не в состоянии достичь полной трезвости. (Осипова А.А., 2000)

Центр «Енисей» подходит к выздоровлению комплексно. Существует постреабилитационная поддержка лиц, которые полностью прошли весь курс реабилитации. Специалисты центра помогают решить, часто возникающие у зависимых людей юридические проблемы и предлагают помощь в трудоустройстве. Выдается сертификат, на возможность бесплатно приехать в центр на один месяц. Когда человек может почувствовать, что не справляется и появляется желание вновь употреблять, или в его жизни возникли серьезные трудности. Возможность обратиться в место, где оказывается квалифицированная помощь, поможет предотвратить возвращение к зависимости.

Также на базе центра проходит реабилитация и ресоциализация личности не только зависимых лиц, но и их созависимых родственников. Когда в семье есть зависимый человек, то и в жизни близких происходят значительные изменения. Наркоману становится жизненно важно любыми способами заполучить дозу, он становится не трудоспособным, может продавать имущество, спекулировать физической болью на чувствах родственников.

Когда созависимый имеет низкую самооценку или просто устает от постоянной борьбы с зависимым, начинают появляться оправдания действиям партнера, тем самым, наркоман получает одобрение для своих действий. В этой ситуации созависимые люди становятся беспомощными перед зависимостью близкого, что со временем приводит к личностным проблемам самого созависимого. Поведение такого человека становится схожим с зависимым, сужается круг общения, появляется агрессивность. Созависимый яростно начинает делать все для комфортного проживания, болеющего родственника.

Созависимость, как и наркоманию можно считать болезнью, от которой человеку самостоятельно невозможно избавиться. В реабилитационном центре «Енисей» этой проблеме уделяется огромное внимание. С родственниками проходят еженедельные групповые психотерапевтические группы и ведутся индивидуальные занятия.

Таким образом, современный подход комплексной психосоциальной реабилитации наркозависимых по программе «12 шагов» на базе реабилитационного центра «Енисей» позволяет зависимым восстановить свое физическое и психическое здоровье, переосмыслить свой жизненный путь, взять ответственность за себя и свои поступки. По окончании курса реабилитации в общество возвращаются целостные личности, которые умеют строить конструктивные отношения с окружающим миром и собой.

Список литературы

1. Итоги деятельности Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков [Электронный ресурс] // Федеральная служба Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков. 2015. –Режим доступа: <http://www.fskn.gov.ru/pages/main/prevent/3939/4052/>. Дата обращения 13.11.2015.
2. Осипова А.А . Общая психокоррекция: Учебное пособие для студентов вузов/ Осипова А.А.— М.: ТЦ Сфера, 2000. — 608 с
3. Попова С.Н. Физическая реабилитация: Учебник для студентов высших учебных заведений / Под общей ред. проф. С. Н. Попова. Изд. 3-е. — Ростов н /Д: Феникс, 2005. — 608 с.
4. Программа «12 шагов» [Электронный ресурс] //Реабилитационный центр «Енисей». 2015. –Режим доступа: http://eniseyrc.ru/publ/programma_12_shagov/1-1-0-41/. Дата обращения 17.11.2015.

5. Спайсы: понятие, чем опасны, признаки употребления [Электронный ресурс] // Официальный сайт Министерства внутренних дел Российской Федерации. 2015. –Режим доступа: <https://67.mvd.ru/document/6145164> . Дата обращения 15.11.2015.

6. Чернышев Д. Н. Алкоголизм [Электронный ресурс] / Д. Н. Чернышев // 2015. – Режим доступа:). <http://www.all-psy.com/stati/detail/1612/1/> Дата обращения 15.11.2015.

УДК159.9: 616.89

ДИАГНОСТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Х.А. Шарабарина

Лесосибирский педагогический институт – филиал федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Сибирский федеральный университет»

Проблема подросткового суицида является одной из наиболее важных проблем современного общества. Суицид - это форма поведенческой и психической активности, целью которой выступает добровольное самоуничтожение. По числу суицидов среди несовершеннолетних наша страна занимает первое место в Европе. Более 90% случаев связаны с неблагополучием в семье, пьянством, финансовыми трудностями, жестокостью родителей. В общей сложности 45 процентов девушек и 27 процентов юношей в России задумывались о самоубийстве. Опросы, проведенные в различных странах мира, показывают, что до 80 % подростков периодически задумываются о том, чтобы покончить с собой (Полушина, 2013). Число же суицидальных действий и намерений гораздо больше. Именно подростковый возраст имеет определенные особенности, которые в большей мере способствуют возникновению суицидального поведения. Подростковый возраст связан с перестройкой организма ребенка - половым созреванием. Резко начавшееся психическое и физическое развитие подростка тяжело сказывается на его обычной жизни. Постоянные перепады настроения, неудачи в школе, проблемы в общении, в семье и многое другое делают период еще более сложным для личности. Подростковый возраст начинается с кризиса и весь период обычно протекает трудно как для ребенка, так и для близких ему взрослых (Кулагина, 2013).

В этот период подростки учатся осмысливать свои конформные и негативные реакции на различные ситуации, отстаивать право на самостоятельный выбор возможного поведения, учатся подавлять импульсивные действия. Стремление развить свою уникальность требует от подростка обособления от семейного «Мы», которое раньше поддерживало в нем чувство защищенности и эмоциональной направленности. Однако находиться наедине со своим «Я» подросток еще не готов. Он не может объективно оценивать себя и поэтому подросток находит решение своей сложной задачи в общении со сверстниками (Бархатова, 2003).

Психическая организация подростка неустойчива, причем на всех уровнях: интеллекта, чувств, эмоций. Подростки крайне неустойчивы в самооценке и при этом, как известно, являются максималистами; они не уверены в своих знаниях и способностях, обладают переменчивым настроением, имеют часто высокий уровень тревожности. У них легко возникают страхи. Порой небольшой конфликт в семье или в школе может послужить толчком для того, чтобы ребёнок вошёл в депрессивное состояние.

По мнению А.Е. Личко, существует связь суицидального поведения с типом акцентуации характера. А.Е. Личко отмечает, что при демонстративном суицидальном поведении 50% подростков оказались представителями истероидного, истероидно-

неустойчивого и гипертимно-истероидного типов, 32% - эпилептоидного и эпилептоидно-истероидного типов и лишь 18% - представители всех других типов. В большинстве случаев суицидальные посягательства совершались представителями сенситивного (63%) и циклоидного (25%) типов (Личко, 2013). Личностные особенности суицидентов характеризуются нарушением коммуникативных способностей, неадекватной саморегуляцией, высокой степенью личностной и ситуационной тревожности, преобладанием непродуктивных способов психологической защиты и структурой агрессивности, низкой или пороговой сопротивляемостью стрессу (Ваулин, 2012).

Суицидальные личности подростковой группы могут быть адекватно приспособленными к школе и полностью свободны от проблем, по мнению Л.Б. Шнейдера. Он считает, что «...суицидальное поведение подростков можно разделить на следующие типы в зависимости от типа суицидальных попыток:

1. Истинное - истинное суицидальное поведение характеризуется устойчивостью, целенаправленностью действий, связанных с осознанностью желания лишиться себя жизни (заранее выбирается место и время, чтобы никто не смог помешать).

2. Демонстративно-шантажное - проявляется в оказании суицидентом психологического давления на других.

3. Аффективное - оно обусловлено необычайно сильным аффектом, сопровождается дезорганизацией и сужением сознания» (Шнейдер, 2007).

Также «...суицидальное поведение подростков включает в себя две стадии:

1. Предиспозиционная стадия, которая характеризуется исключительно высокой активностью человека, но эта активность не сопровождается суицидальными исполнительными действиями. С течением времени подростки, не находя решение проблемы, считают, что его нет и приближаются, таким образом, к самоубийству. Суицидент остро ощущает невыносимость существования и не хочет дальше жить, но первые мысли о самоубийстве блокируются механизмами защиты. На этой стадии еще сохраняется возможность оказать помощь человеку, вывести его из тупика.

2. Собственно суицидальная стадия начинается, если суицидент не нашел выхода из кризиса, не получил поддержки, и длится вплоть до покушения на свою жизнь. На этом этапе происходит углубление дезадаптации» (Шнейдер, 2007).

Как известно, в обществе есть группы людей, которые подвергаются особому воздействию любых отрицательных факторов. Так и среди подростков можно выделить группы людей, которые находятся в зоне суицидального риска:

1. Личности, находящиеся в депрессии;
2. Злоупотребляющие алкоголем и наркотиками;
3. Подростки - свидетели попыток суицида близких;
4. Одаренные подростки;
5. Неуспевающие в школе подростки;
6. Беременные девочки;
7. Жертвы насилия.
8. Преступные группы подростков (Алимова, 2014).

Помимо этого, можно также отметить следующие факторы риска: отсутствие отца в раннем детстве, матриархальный стиль отношений в семье, воспитание в семье, где есть алкоголики, психические больные, отверженность и социальная изоляция, изоляция от социального окружения, потеря социального статуса, недостатки физического развития (Югова, 2014).

Причин самоубийства у подростков множество. Обычно, подростки исключительно по-своему реагируют на те или иные ситуации, в которых один может покончить с собой, а другой и не подумает. Но в целом, можно выделить основные

проблемы, которые могут привести к суициду. В первую очередь, это конфликты таких видов:

1.Связанные со спецификой жизнедеятельности (учебы, общения) и социального взаимодействия людей (адаптационные трудности; неудачи выполнения конкретной задачи; конфликты со сверстниками; межличностные конфликты со значимыми людьми).

2.Лично-семейные конфликты (неразделенная любовь; измена любимого человека; развод родителей; тяжелая болезнь; смерть близких людей; половая несостоятельность).

3.Конфликты, обусловленные состоянием здоровья (психические заболевания; хронические соматические заболевания; физические недостатки).

4.Конфликты, связанные с антисоциальным поведением (связанные с уголовной ответственностью; боязнь позора)

Другими причинами суицидов в детском и подростковом возрасте могут быть следующие:

1. Несформированное понимание смерти. В понимании ребенка смерть не означает прекращение жизни. Они не понимают, что это будет их последний шаг.

2. Отсутствие идеологии в обществе. Идеология является хорошим стимулом для человека. Она формирует целеустремленность и дает ощущение смысла жизни, а это важно для подростков.

3. Ранняя половая жизнь, приводящая к разочарованиям. При этом предстаёт ситуация, по мнению подростка, не имеющая представления «как жить дальше», т.е. происходит утрата цели.

4. Социальное неравенство, недостаток материальных ресурсов.

5. Отсутствие уверенности в завтрашнем дне. Социальная незащищенность, экономическая нестабильность, политический хаос обуславливают процесс отчуждения подростков. Конфликтные ситуации, возникающие сегодня в нашем обществе на различной почве, ведут к общей моральной дезориентации человека, подчас толкая его на негативные поступки, принятие скоропалительных решений (Стадухина, 2013).

Все это свидетельствует о том, что именно лица подросткового возраста требуют усиленного внимания, поэтому мы организовали экспериментальное исследование на базе муниципального бюджетного общеобразовательного учреждения «Средняя общеобразовательная школа №2» в г.Лесосибирске, в мае 2015 года с целью изучения суицидального поведения подростков. Выборка представлена подростками в возрасте 13 - 15 лет в количестве 50 человек.

На первом этапе исследования (апрель 2015 г.) были подобраны методики для изучения суицидального поведения подростков.

На втором этапе (май 2015) было организовано и проведено экспериментальное исследование на изучение суицидального поведения подростков.

На третьем этапе (июнь 2015) проведен анализ полученных результатов и сделаны выводы.

В исследовании мы использовали следующие методики:

1. «Диагностика склонности к отклоняющемуся поведению» (автор А.Н. Орел). Данная методика позволяет определить готовность (склонность) подростков к реализации различных форм отклоняющегося поведения, в том числе и суицидального.

2. «Акцентуации характера» (автор Г. Шмишек). С помощью этой методики выявляются наиболее выраженные черты характера (акцентуации).

3. «Опросник суицидального риска» (автор Т.Н. Разуваева). Методика определяет возможности совершения суицида и его вид.

4. «Диагностика склонности к аддиктивному и делинквентному поведению» (авторы В.В. Юсупов, В.А. Корзунин). Данная методика определяет уровень склонности к аддиктивному, делинквентному, суицидальному поведению.

Мы проанализировали результаты исследования суицидального поведения, проведенного на базе муниципального бюджетного общеобразовательного учреждения «Средняя общеобразовательная школа №2».

По результатам каждой из методик мы выделили группу риска. Первая методика «Диагностика склонности к отклоняющемуся поведению» (автор А.Н. Орел) показала, что склонность к самоповреждающему и саморазрушающему поведению обнаружена у 30% опрошенных.

Также, 20% склонных к самоповреждающему и саморазрушающему поведению (6% от всех опрошенных) обладают слабым волевым контролем эмоциональных реакций, поэтому их можно с уверенностью отнести к группе риска. Методика «Акцентуации характера» (автор Г. Шмишек) определила, что 26% опрошенных, с акцентуацией по циклоидному типу, 20% с акцентуацией по эмотивному типу, 16% с акцентуацией по демонстративному и 20% с акцентуацией по экзальтированному типу могут иметь высокую вероятность совершения самоубийства.

Некоторые опрошенные совмещают в себе несколько типов акцентуаций, которые еще больше повышают вероятность совершения самоубийства. Наиболее часто встречалось сочетание циклотимности и эмотивности - отмечено у 14% всех опрошенных, циклотимности и демонстративности - выявлено у 8% респондентов.

Наиболее вероятными суицидентами (они же и относятся к группе риска) по результатам этой методики являются 14% опрошенных. 8% имеют достаточно высокую склонность к демонстративному самоубийству.

С помощью методики «Опросник суицидального риска» (автор Т.Н. Разуваева) мы выделили предполагаемую группу риска, которая включает следующих: 62% опрошенных, которые обладают хотя бы одним фактором, на почве которого может быть совершен суицид.

К группе риска с уверенностью можно отнести тех опрошенных, которые обладают наибольшим числом сочетаний всех факторов. Среди опрошенных нет лиц, с высокими показателями по всем шкалам, поэтому наиболее вероятно совершение самоубийства при высоких значениях факторов несостоятельности и пессимизма у 12% опрошенных, демонстративный суицид могут совершить 14% опрошенных.

Заключительной методикой была «Диагностика склонности к аддиктивному и делинквентному поведению» (авторы В.В. Юсупов, В.А. Корзунин), при анализе которой было выявлено 20% опрошенных, обладающих высоким уровнем склонности к суицидальному поведению.

Мы выделили 3 группы испытуемых в зависимости от степени суицидального риска. В первую группу вошли подростки, имеющие 1-2 признака суицидального риска, что составляет 23 опрошенных (42%). Эти подростки находятся на грани склонности к суицидальному риску, то есть они подвержены ему меньше, чем подростки в следующих группах, однако риск самоубийства имеют. Во вторую группу мы включили подростков с 3 признаками суицидального риска: 5 опрошенных (10%). Эти подростки находятся в значительной опасности. Но самое опасное положение занимает 1 подросток (2%), которого мы включили в третью группу, так как у него обнаружено 4 признака суицидального риска.

Итак, каждая из методик позволила увидеть общую картину суицидального поведения подростков. Наша работа может быть полезна как студентам психологических и социально-педагогических направлений, так и социальным педагогам, педагогам психологам и другим, заинтересованным в данной проблеме.

Список литературы

1. Алимова, М.А. Суицидальное поведение подростков: диагностика, профилактика, коррекция. Барнаул, 2014. - 100 с.
2. Бархатова, А. Ю., Карпова, Н. В. Факторы риска возникновения суицидальных намерений у подростков //Психологические аспекты социализации личности в условиях современного образования. Ишим. -2013. - С. 84-92
3. Ваулин, С.В. Суицидальные попытки и незавершенные суициды (госпитальная диагностика, оптимизация терапии, профилактика): диссертация. -М., 2012. - 310 с.
4. Кулагина, И.Ю., Колюцкий, В.Н. Психология развития и возрастная психология, Академический Проект, 2013. - 432 с.
5. Личко, А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Изд. Речь, 2013. - 256 с.
6. Полушина, А.В., Лесовская М.И. Суициды в подростковой среде как мольба о помощи //Современные наукоемкие технологии №7-2, Издательский Дом "Академия Естествознания". -2013. - С. 153-155
7. Стадухина, Л.К., Петрова, Н.В., Норкина, Е.Л., Маркова, О.А., Бондаренко, М.Ю. Суицидальное поведение подростков. Методические рекомендации. Йошкар-Ола, 2013. - 50 с.
8. Шнейдер, Л.Б. Девиантное поведение детей и подростков. -М.: Академический Проект, 2007. - 336 с.
9. Югова, Н. Л., Касимова, А. Р. Суицидальное поведение подростков: технологии, методы и средства профилактической работы классного руководителя, 2014. -160 с.

УДК 159.923.3: 616.1

ИСТОРИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ ОДНОГО ПАЦИЕНТА

В.Е. Шумилина, Н.В. Попенко

Государственное бюджетное образовательное учреждение

Высшего профессионального образования «Красноярский государственный

Медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения РФ

Наркомания определяется как «заболевание, обусловленное зависимостью от наркотических средств или психотропных веществ. По данным ФСКН, в 2012 году в России 18 млн человек (13 % населения страны) имели опыт употребления каких-либо наркотиков, до трёх миллионов делали это регулярно. По заявлению ФСКН РФ, на 2014 год рынок наркопотребления в России составляет 8 миллионов человек (регулярное и эпизодическое потребление) из которых активно употребляют 3 млн. Каждый месяц от наркомании в России умирает 5.000 человек. Ещё одной животрепещущей проблемой нашей страны являются психические заболевания и увеличение их числа год от года.

Шизофрения — психическое заболевание с длительным хроническим течением, приводящее к типичным изменениям личности (шизофреническому дефекту). Для этого заболевания характерна своеобразная дискордантность (расщепление, разобщенность) мышления, эмоций и других психических функций. В настоящее время, по мнению многих исследователей, наиболее часто встречающаяся форма шизофрении – параноидная. Параноидная шизофрения возникает чаще всего в возрасте 30—35 лет (иногда раньше) и протекает преимущественно с бредовыми и галлюцинаторными расстройствами (Э. ФуллерТорри 1996 г.). Отличительная особенность параноидальной шизофрении — наличие парафренного и параноидного бреда. Кататонические симптомы выражены слабо.

Ряд исследователей (Дж. Хиллер, Ж. Делёз, Ф. Гваттари) говорят о том, что употребление психоактивных веществ непрерывно связано с изменениями личности, которые могут привести к заболеванию шизофренией.

При любой форме течения шизофрении к числу наиболее ярких нарушений можно отнести нарушения мышления. Они наблюдаются на всем протяжении течения болезни. Ю. Ф. Поляков у больных шизофренией отмечает нарушение актуализации сведений из прошлого опыта. По данным эксперимента, в сравнении со здоровыми больные лучше опознают те стимулы, которые являются менее ожидаемыми, и хуже – стимулы, более ожидаемые. В результате отмечается расплывчатость, причудливость мышления больных, что приводит к нарушению психической деятельности при шизофрении. Эти больные не выделяют значимых существенных связей между предметами и явлениями, актуализируют чрезмерно-общие, не отражающие реальной действительности, часто слабые, случайные, формальные признаки. Таким образом, клинические варианты расстройств мышления чрезвычайно многообразны (Гальперин П.Я. 1941 г.).

Рассматривая проблему мышления у пациентов с сочетанной шизофренией и наркоманией важно сказать о том, что наркомания только усугубляет все негативные симптомы шизофрении. Таким образом можно говорить о том, что при сочетании таких болезней как шизофрения и наркомания будут наблюдаться следующие симптомы:

- нарушение иерархии мотивов («сдвиг мотива на цель» Леонтьев А.Н. 1958 г.)
- нарушения мышления (нарушение абстрактного мышления, нарушение процессов анализа и синтеза)
- дезорганизация речи (инертность или лабильность речи, использование сложных логико-грамматических конструкций)
- актуализация малозначимых или несуществующих идей (идея о собственном превосходстве, идея преследования)
- аффективность и безынициативность

Б.Ф. Зейгарник (1959 г., 1962 г.) предложила следующую классификация нарушений мышления:

I. Нарушение операциональной стороны мышления в виде:

- снижения уровня обобщения (в суждениях больных доминируют непосредственных представления о предметах и явлениях)
- искажения уровня обобщения (отражение в суждениях случайной стороны явления, предметное содержание не учитывается)

II. Нарушение личностного компонента мышления в виде:

- разноплановости мышления (суждения протекают в разных плоскостях)
- резонёрства («бесплодное мудрствование»)

III. Нарушение динамики мыслительной деятельности в виде:

- инертности мышления (трудности в переключении с одной деятельности на другую)
- лабильности мышления (неустойчивость способа выполнения задания)
- непоследовательности суждений (неустойчивость адекватного характера суждений)

III. Нарушение критичности мыслительной деятельности

В Красноярской межрайонной клинической больнице скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича в отделении гнойной хирургии нами был исследован пациент Д., (35 лет), образование среднеспециальное. В отделении находится с диагнозом остеомиелит(гнойно-некротический процесс, развивающийся в кости и костном мозге, а также в окружающих их мягких тканях, вызываемый пиогенными бактериями или микобактериями). В анамнезе открытая черепно-мозговая травма, параноидная форма

шизофрении (диагноз с 2007 г.) и стаж употребления психоактивных веществ с 1998 г. по настоящее время.

Для исследования мыслительной сферы пациента нами были использованы следующие методики:

1. Простые аналогии
2. Установление последовательности
3. Сюжетная картинка
4. Пословицы, метафоры, поговорки
5. Исключение предметов
6. Классификация предметов

Данные методики направлены на всестороннее изучение характера мышления больных, процессов анализа и синтеза. Также данные методики дают возможность сделать выводы о последовательности умозаключений, критичности и динамике мыслительной деятельности (С.Я. Рубинштейн 1946 г.).

Проведя блок методик, было выявлено, что во времени, месте, пространстве и собственной личности пациент ориентирован верно. На контакт идёт охотно, отвечает на вопросы развёрнуто, часто не по теме. Речь чёткая, ускоренная. Инструкции усваивает со второго предъявления, способен удерживать их до конца задания. В помощи экспериментатора нуждается. В результатах исследования заинтересован, мотив исследования сформирован. Критика отсутствует, допущенные ошибки исправлять отказывается, пытается убедить в своей правоте.

Методика «Простые аналогии» вызвала у пациента затруднения: не смог усвоить инструкцию после двух предъявлений, постоянно задавал уточняющие вопросы, ждал одобрения экспериментатора. В итоге не верно выполнил 18 заданий из предложенных 32. Качественный разбор допущенных ошибок свидетельствует о том, что пациент при выполнении заданий не руководствовался логической связью, в большинстве случаев подбирал ассоциации по конкретному значению или слово близкое по смыслу. Также по результатам данной методики можно говорить о том, что у пациента имеется разноплановость мышления. Суждения об одном и том же явлении протекают в разных плоскостях.

Методика «Установление последовательности» была выполнена верно, но толкование сюжета можно назвать многословным, непродуктивным.

Методика «Сюжетная картинка» была выполнена верно, но, как и в предыдущем случае объяснение было многословным, витиеватым, с использованием сложным логических конструкций.

При выполнении методики «Пословицы, метафоры и поговорки» верно истолковать смог 4 пословицы из 10. Своё незнание переносного смысла пытался заполнить историями из жизни (постоянно упоминает о некомпетентности врачей, нестабильной политической ситуацией в стране, состоянии дорог). Непонимание условности пословиц объясняет тем, что пословицы в современном мире уже неприменимы.

Данные экспериментальных методик «Установление последовательности», «Сюжетная картинка», «Пословицы, метафоры, поговорки» позволяют говорить о том, что у пациента наблюдается нарушение личностного компонента мышления в виде резонёрства.

В методике «Исключение предметов» допустил 8 ошибок. Наблюдался феномен «ситуационного увязания», т.е. исключает предметы, заикливаясь на личностно значимой ситуации. При критических замечаниях экспериментатора не исправлял ошибку, а пытался доказать свою точку зрения. В карточках «Швейные принадлежности», «Военная атрибутика и зонтик» лишнего изображения не увидел. Для остальных заданий,

где были допущены ошибки выбирал посылки для обобщения по латентным признакам (напр.: балалайка, радио, телефон – шумные предметы, а письмо лишнее, т.к. не звенит).

Методика «Классификация предметов» была проведена в II этапа. На первом этапе выделил 9 групп предметов. Посылком для обобщения стали формальные и бессодержательные связи между предметами (напр.: группа «Время умирать» (человек+самолёт), «Съедобное» (рыба+деревья+насекомые+овощи+фрукты)). На втором этапе образовал 7 групп предметов: «Съедобное», «Несъедобное», «Увлечения», «Хобби», «Нужное», «Ненужное», «Отдых». На протяжении второго этапа обнаруживается «соскальзывание» мысли больного, отклонение её от правильного логического хода по латентным ассоциациям. Полученные результаты свидетельствуют о том, что пациенту не доступно понимание сложных обобщений. Были выявлены трудности подбора обобщающих понятий, затруднения в оперировании понятиями.

Таким образом, в ходе экспериментально-психологического исследования у больного Д., были выявлены следующие нарушения мышления: искажение уровня обобщения, разноплановость мышления, резонёрство и общее нарушение критичности мыслительной деятельности.

Список литературы

1. Блейхер В. М. Клиническая патопсихология. — Ташкент: «Медицина», 1976. — 326 с.
2. Зейгарник Б. Ф. Патопсихология. 3-е издание. Юрайт- М. 2014
3. Платонов К. К. Краткий словарь системы психологических понятий: Учебное пособие. — М.: Высш. школа, 1981. — С. 94.
4. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. Практическое руководство.- М.,2007.
5. Энциклопедический словарь медицинских терминов. В 3-х томах / Главный редактор Б. В. Петровский. — Москва: Советская энциклопедия, 1983. — Т. 2. — С. 302. — 1424 с.

Типография КрасГМУ
г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1.
Подписано в печать 21.12.2015 г.
Заказ № 5874. Усл. печ. л. 26.

