



ГБОУ ВПО "КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМ. ПРОФ. В. Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО" МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА: ЖИЗНЕННЫЙ РЕСУРС И ЖИЗНЕННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ

Материалы Всероссийской научно-практической конференции
(г. Красноярск, 23-24 ноября 2012 года)



КРАСНОЯРСК
2012

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 Всероссийской
научно-практической конференции
(Красноярск, 23-24 ноября 2012 года)**

Красноярск
2012

УДК 616. 89
ББК 88. 46
П 86

Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал: Материалы Всерос. науч.-практ. конф. / гл. ред. И. О. Логинова. – Красноярск: Версо, 2012. – 460 с.

Редакционная коллегия:

И. О. Логинова – главный редактор,
О. В. Волкова – редактор,
Ж. Г. Дусказиева – редактор,
Ю. В. Живаева – редактор,
С. М. Колкова – редактор,
О. А. Сидоренко – редактор,
В. Б. Чупина – редактор,
Н. Н. Вишнякова – технический редактор,
Г. В. Сенченко – технический редактор

Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции «Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал» содержит статьи 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, медико-психолого-педагогическим аспектам здоровья и здорового образа жизни, психологическому обеспечению здоровьесберегающих и здоровьесформирующих технологий.

СОДЕРЖАНИЕ

Раздел 1. ЦЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ И ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ	8
Представления младших школьников о здоровье и здоровом образе жизни <i>Т. Г. Авдеева</i>	8
Ценности здоровья и здорового образа жизни <i>Е. Н. Волынкина</i>	12
Современные проблемы здоровья и здорового образа жизни <i>В. И. Кудашов</i>	18
Динамические характеристики жизненного самоосуществления в призме оценки психологического здоровья <i>И. О. Логинова</i>	25
Взаимосвязь жизненных ценностей и профессиональной самореализации педагога <i>А. А. Мишин</i>	33
Психотехнологии формирования ценностного отношения к здоровому образу жизни у лиц с зависимостями от психоактивных веществ <i>А. С. Петров</i>	39
Психолого-педагогические условия и средства формирования ценностного отношения к здоровью у подростков <i>О. А. Сидоренко</i>	46
Критерии психологического здоровья человека <i>Л. Б. Соколовская</i>	50
Раздел 2. ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА КАК ЖИЗНЕННЫЙ РЕСУРС И ЖИЗНЕННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ	60
Психическое здоровье как жизненный ресурс и жизненный потенциал человека <i>М. А. Домнина</i>	60
Амопринятие как составляющая психологического здоровья человека <i>С. М. Колкова</i>	69
Устойчивость жизненного мира студентов малого города и мегаполиса как характеристика жизненного ресурса и потенциала человека <i>И. О. Логинова, В. Б. Чупина, Ю. В. Живаева</i>	76
Здоровье студентов как жизненный ресурс и потенциал в учебной деятельности <i>Н. Н. Медведева, Е. П. Шарайкина, В. Е. Беззаботнов, Н. П. Батухтина, Л. Ю. Вахтина, С. Н. Деревцова, В. П. Ефремова, Т. В. Казакова, В. В. Никель</i>	86
Холистический подход – основа здоровья личности <i>Н. А. Русина</i>	93

Здоровье как условие сохранения жизненного потенциала у лиц с детским церебральным параличом <i>И. В. Тимофеева</i>	103
Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал <i>В. Б. Чупина, Ю. В. Живаева</i>	109
Раздел 3. ПСИХОЛОГО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПРОЦЕССА ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ	115
Проблема психологического здоровья студентов-первокурсников <i>Н. В. Басалаева</i>	115
Современный преподаватель вуза: роль профессиональной автономности в профилактике эмоционального выгорания <i>О. А. Гаврилюк</i>	123
Транскокоммуникативный потенциал как условие психического здоровья студентов <i>И. В. Замарёхина</i>	130
Психолого-акмеологические условия развития профессионального здоровья специалиста <i>А. Ш. Капланова, Г. Г. Вербина</i>	134
Психологическая безопасность как условие сохранения и укрепления психологического здоровья <i>С. М. Колкова, Л. Н. Горбунова</i>	140
Некоторые вопросы достижения и сохранения психического здоровья субъектов образовательного процесса <i>С. Г. Краснова</i>	146
Из опыта организации воспитательной работы по формированию здорового образа жизни у студентов (на примере педвуза) <i>З. У. Колокольникова</i>	152
Мониторинг психологического здоровья преподавателей вузов <i>М. А. Лисняк, Н. А. Горбач, Д. М. Шерстяных</i>	157
Психолого-образовательное сопровождение готовности к осуществлению выбора студентов специальности «лечебное дело» как показатель сохранения психологического здоровья <i>И. О. Логинова, С. А. Никителова, Е. И. Чернова</i>	165
Создание условий для формирования психического здоровья воспитанников дома ребенка <i>Г. В. Сенченко, н. Н. Вишнякова</i>	171
Психопрофилактика эмоционального выгорания в ходе подготовки клинических психологов для работы в регионе с многонациональным составом населения <i>Т. В. Черникова</i>	175

Условия социально-психологической адаптации студентов, имеющих нарушения зрения <i>Г. А. Шищенко, О. В. Ломовцева</i>	184
---	-----

**Раздел 4. МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ
АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ И ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ** 188

Качество жизни девочек подросткового возраста с нарушениями менструального цикла <i>А. В. Баранова, Е. В. Уварова, Е. П. Хащенко</i>	188
Феномен часто болеющего ребенка: социокультурный аспект <i>О. В. Волкова</i>	196
Особенности психологических компонентов, тревожных и депрессивных состояний у больных артериальной гипертонией старших возрастных групп <i>Е. Л. Давыдов</i>	205
Сочинение сказок про детей как способ решения детских проблем <i>Е. М. Карпинская</i>	212
Основные подходы к профилактике сердечно-сосудистых заболеваний <i>Е. Ю. Лазарева, Е. Л. Николаев</i>	216
Изучение эффективности комплексного (медикаментозного и психо- терапевтического) лечения больных с посттравматическим стрессовым расстройством, неврозами и шизотипическим расстройством <i>Т. Ф. Потапова, В. А. Чупрова</i>	222
Оценка психологического статуса пожилых пациентов, больных артериальной гипертензией (на примере краевого геронтологического центра «Уют») <i>Н. В. Тихонова, Н. И. Бондаренко, В. А. Кирсанова</i>	229
«Внутренняя картина лечения» и «внутренняя картина здоровья» <i>В. А. Урываев</i>	238

Раздел 5. ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ..... 243

К вопросу о моделировании здоровьесберегающей стратегии коммуникации <i>Т. А. Баранова, С. А. Никителова</i>	243
Психологический статус пожилого пациента как компонент комплексной реабилитации (на примере краевого геронтологического центра «Уют») <i>Н. И. Бондаренко, Н. В. Тихонова, В. А. Кирсанова</i>	250
Взаимосвязь эмоционального интеллекта и здоровья детей <i>А. В. Добрин</i>	257
Медико-психологическая и социальная характеристика больных с артериальной гипертонией старших возрастных групп <i>Е. Л. Давыдов, В. Ф. Капитонов, Е. И. Харьков</i>	266
Метафорические ассоциативные карты в профилактике эмоционального выгорания у преподавателей вуза <i>И. О. Кононенко</i>	272

Взаимовлияние профессионального становления педагога и его профессионального здоровья <i>Е. Э. Кригер</i>	277
Сущность, структура и основа психологического здоровья <i>Л. Б. Соколовская</i>	283
Формирование двигательной активности детей 2-3 лет с использованием нестандартного физкультурного оборудования <i>С. Н. Сычугова</i>	293
Взаимосвязь суверенности и самоорганизации деятельности в период юности <i>Ю. В. Трофимова</i>	300
Влияние солнечной активности на агрессивное поведение лиц подросткового и юношеского возраста в условиях Барнаула <i>О. И. Федорова, Д. В. Михайлова, Ю. А. Корогод</i>	307
Психологическое здоровье человека в свете теории индивидуальной психологии А. Адлера <i>О. Хайкин</i>	313
Взаимосвязь субъективного экологического благополучия и отношения человека к здоровью <i>Н. Н. Хащенко</i>	320
Роль совладающего поведения в сохранении психического и физического здоровья мигрантов <i>К. Н. Яворович</i>	328
Раздел 6. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ, ЗДОРОВЬЕФОРМИРУЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ И ПРОГРАММ	335
Психолого-акмеологическая авторская программа «Сбалансированное развитие профессионального здоровья специалиста» <i>О. Ю. Вербина, Г. Г. Вербина</i>	335
Обучение личностно-ориентированным технологиям педагогического общения как профилактика эмоционального выгорания <i>Г. И. Захарова</i>	341
Использование методики «модель пианино» Г. Коллера в профилактике аддиктивного поведения <i>М. В. Попов</i>	348
Раздел 7. СТУДЕНЧЕСКИЕ РАБОТЫ	352
Экспериментальное исследование жизнестойкости студентов факультета клинической психологии в зависимости от толерантности к неопределенности <i>В. И. Балюкина, И. О. Логинова</i>	352

Ригидность как фактор реализации потенциала личности в подростковом возрасте <i>Ю. Д. Войтитская (Жалнерчик), Ю. В. Живаева</i>	357
Специфика работы психолога с людьми, перенесшими инсульт <i>Е. А. Гармидарова</i>	365
Особенности взаимосвязи стиля саморегуляции поведения и психологического благополучия у студентов факультета клинической психологии <i>В. А. Гейль, И. О. Логинова</i>	372
Личностная суверенность как показатель психологического здоровья человека <i>К. Жаткина</i>	376
Изучение показателей жизнестойкости у людей при заболевании туберкулезом <i>Н. А. Золотарева, Ю. В. Живаева</i>	382
Суицидальное поведение подростков как актуальная проблема современности <i>А. В. Измайлова</i>	391
Самопринятие личности как условие психологического здоровья человека <i>М. С. Майбородова, С. М. Колкова</i>	397
Возможности арттерапии с детьми с особыми потребностями <i>А. А. Макарова</i>	403
Влияние фрустрации на соматическое здоровье детей младшего школьного возраста <i>А. В. Петухова, Т. В. Рогачева</i>	410
Психологические особенности детей с ограниченными возможностями здоровья <i>Е. И. Ростовых, Н. В. Басалаева</i>	414
Служба профориентационного сопровождения как фактор формирования мобильной профессиональной позиции выпускников вуза <i>К. В. Рахманова, Е. В. Ткачева, Ю. В. Живаева</i>	420
Изучение взаимосвязи типа личности и проявления алекситимии <i>Д. В. Сацук, Т. С. Парубцова, Ю. В. Живаева</i>	425
Проблема экзистенциального вакуума в контексте психологического здоровья человека <i>О. В. Самойлова, И. О. Логинова</i>	434
Изучение влияния мобильного телефона на здоровье человека <i>Ю. М. Смирнова, Ю. В. Живаева</i>	438
Психическое и психологическое здоровье: подходы к пониманию <i>А. А. Шалабанова</i>	445
Особенности проявления тревожности в подростковом возрасте <i>Е. А. Шеффер</i>	452

ЦЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ И ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

ПРЕДСТАВЛЕНИЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ О ЗДОРОВЬЕ И ЗДОРОВОМ ОБРАZE ЖИЗНИ

Т. Г. Авдеева

КГПУ им. В. П. Астафьева

Здоровье – важнейший фактор работоспособности и гармонического развития человеческого, а особенно детского организма. Младший школьный возраст является одним из наиболее ответственных периодов жизни человека в формировании личности. На сегодняшний день можно сказать, что у учащихся и их родителей не в полной мере сформировано ценностное отношение к своему здоровью. Прежде всего, это объясняется недостаточной пропагандой педагогических и медицинских знаний о здоровом образе жизни. Именно поэтому школьное обучение и воспитание должно формировать уровень здоровья ребенка и фундамент физической культуры будущего взрослого человека. Эффективность формирования знаний о здоровом образе жизни в значительной степени зависит от разнообразия используемых методов в образовательно-воспитательном процессе, учета возрастных особенностей младших школьников при выборе этих методов, личного примера педагога и родителей.

Для исследования представлений младших школьников о здоровье и здоровом образе жизни мы использовали анкеты на выявление сформированности представлений о здоровье и здоровом образе жизни у самого учащегося и список ценностей, которые необходимо проранжировать согласно их значимости для учащегося. Выборка составила 60 учащихся 1-4 классов.

Таблица 1

Составляющие здорового образа жизни, %

Составляющие ЗОЖ	1 класс	2 класс	3 класс	4 класс
Занятия спортом	20	30	50	70
Отсутствие привычки к наркотикам	30	20	60	50
Общение с природой	10	10	20	40
Отсутствие пристрастия к алкоголю	30	40	50	80
Правильное питание	20	30	60	70
Отсутствие привычки к курению	30	60	60	90
Закаливание	-	-	-	20
Гигиена рук и тела	40	10	30	80
Режим дня	20	10	50	90

Анализируя ответы учащихся на вопросы анкеты (табл. 1) можно сделать следующие выводы: 70 % учащихся в 1 классе на вопрос о том, сколько раз в день они чистят зубы, указали, что два, но при этом отметили, что их заставляют делать это родители. 30 % делают это самостоятельно без контроля родителей. Рассматривая данный аспект во втором классе, можно отметить изменение данной пропорции: 60 % и 40 % соответственно. Интересным является факт сопоставления результатов ответа на данный вопрос детей 1 и 4 класса: наблюдается ярко выраженная разбежка в процентном отношении. 90 % учащихся 4 класса чистят зубы утром и вечером без напоминания об этом родителей и лишь 10 % детей чистят зубы нерегулярно. То есть можно предположить, что причиной отсутствия сформированности привычки чистить зубы утром и вечером являлось отсутствие примера со стороны родителей. При этом хотелось бы заострить внимание на том, что все 100 % учащихся 4 класса считают чистку зубов утром и вечером обязательным для человека.

Другой темой для исследования явилась «гигиена рук и тела»: 50 % учащихся моют руки перед едой только потому, что заставляет мама; 40 % учащихся моют руки после прогулки и перед едой, т. к. это постоянно делают их родители. Т. е. в данном случае пример взрослых является важным толчком для перенимания действия со стороны ребенка. И лишь 10 % учащихся никогда не моют руки перед едой, а после прогулки они моют руки, только если «родители увидят, что они очень грязные».

Относительно с низкими положительными результатами оказались ответы детей на вопрос о том, делают ли они утром зарядку. В 1 классе лишь 10 % учащихся дали положительный ответ на данный вопрос. Но вот ответив на вопрос о том, зачем нужна человеку зарядка, дети ответить затруднялись. Во 2 классе зарядкой занимаются также лишь 10 % учащихся, и только лишь потому, что по утрам делает зарядку мама/папа. В 3 классе 60 % учащихся могут дать толковый развернутый ответ на вопрос о значении зарядки в жизни человека, но, несмотря на это, процент ребят, которые делают зарядку все же остается крайне низким (15 %). В 4 классе 90 % ребят говорят о разносторонней пользе утренней зарядки и спорта. И лишь 20 % учащихся занимаются утренней зарядкой, гуляют с родителями перед сном.

Исходя из данных, представленных в таблице 1: учащиеся 1 класса придают важное значение следующим составляющим здорового образа жизни: гигиена рук и тела, отсутствие пристрастия к алкоголю и курению, затем по приоритетности идет здоровое и правильное питание и занятия спортом. В 4 же классе учащиеся уделяют большее внимание различным составляющим: увеличение процентного соотношения в таких пунктах, как режим дня, гигиена рук и тела, учащиеся все больше понимают влияние курения и алкоголя на организм, большое внимание уделяется и занятию спортом.

Таким образом, можно сделать вывод, что даже наличие знаний об оздоровительном значении утренней зарядки не является гарантом выполнения действий по здоровому образу жизни. Для формирования понятий о здоровом образе жизни достаточно изучения курса о здоровье человека в школе, а вот для ведения здорового образа жизни необходимо, помимо вооружения детей теоретическими знаниями, выступать и положительным примером для подражания. Обратим внимание на вопросы с элементами интервьюирования. Важно отметить, что уровень понимания важности многих аспектов здоровья и здорового образа жизни, а также сложность и обоснованность ответов учащихся изменяется прямопропорционально возрасту самих учащихся, а также во многом зависит от подкрепления знаний, умений и навыков из окружающей среды самого ребенка. Это можно доказать, пронаблюдав диалектику ответов учащихся на вопрос о том, «что такое здоровье?»: 70 % учащихся 1 класса ответили «не знаю», 30 % – дали пространственные немотивированные односложные ответы («когда дяденьки бегают и прыгают», «когда мама не дает пить таблетки» и т. д.). Ответы учащихся 2 класса более близки к пониманию понятия здоровья. И лишь дети 4 класса могут более менее ответить на данный вопрос и обосновать свой ответ («Здоровье – это когда человек чувствует себя хорошо...», «...когда у человека хорошее настроение и у него ничего не болит», «. . . когда человек может много работать и не уставать»). На вопрос о том, «что приносит вред здоровью человека?»: 50 % учащихся первого класса ответили «не знаю», остальные 50 % ответов учащихся не смогли отразить сущности данного понятия («...это то, что запрещает делать мама...»), «...это то, что больно...», «...это то, что делают взрослые...»). И лишь ответы ребят 4 класса более полно и обоснованно отражают причины и источники вреда здоровью человека («...это курение, алкоголь, наркотики», «...это неправильное питание», «...нарушение режима дня»).

Анализ результатов исследования ценностных ориентаций учащихся позволяет сделать ряд выводов относительно представлений о здоровье и здоровом образе жизни в младшем школьном возрасте (см. табл. 2).

Таблица 2

Таблица рангов ценностных ориентаций у учащихся, %

Ценности	1 класс	2 класс	3 класс	4 класс
Хорошие друзья	70	50	50	20
Красивая одежда	50	40	40	10
здоровье	20	50	90	80
компьютер	70	50	40	10
Интересные игры	50	60	30	10

Как свидетельствуют данные таблицы 2, не у всех групп испытуемых здоровье занимает 1 место в системе ценностных ориентаций. Это дает основание судить об отличиях отношения к собственному здоровью у испытуемых. Так, в первом классе только 20 % учащихся, во втором – 50 % учащихся говорят о том, что высшая ценность – это здоровье. И лишь уже в 3 (90 %) и в 4 (80 %) классах учащиеся уделяют большее внимание здоровью, как важной ценности в жизни.

Нами анализировался также такой вопрос, как «желание изменить собственный образ жизни». Мы соотносили желание ведения более здорового образа жизни со степенью его реализованности. Было выявлено, что хотели бы вести более здоровый образ жизни 10 % учащихся 1 класса, 30 % учащихся 2 класса, 40 % – 3 класса и, 60 % – соответственно 4 класса. Как видно из приведенных данных, чем менее реализованным считают испытуемые здоровый образ жизни, тем чаще возникает у них желание к ведению более здорового образа жизни.

Полученные результаты проведенного исследования позволяет сделать ряд выводов относительно представлений о здоровом образе жизни в младшем школьном возрасте. Здоровье занимает 1 место в системе ценностных ориентаций у детей лишь к 3-4 классу, но вместе с тем количество детей, отдающих приоритет среди прочих ценностей именно здоровью все же составляет лишь 90 %, что дает основание судить об отличиях отношения к собственному здоровью у испытуемых. Представления о здоровом образе жизни сводятся к занятиям спортом, отсутствию вредных привычек и правильному питанию. Нами обнаружено, что большая часть испытуемых считает здоровый образ жизни необходимым. Уровень представлений о здоровье младших школьников в начале обучения очень низок, в процессе обучения происходит усложнение и углубление понятий, перевод житейских понятий в научные. В связи с этим можно сказать о том, что целенаправленная систематическая работа по формированию физической культуры школьников может повысить эффективность формирования у школьников понимания необходимости ведения здорового образа жизни, но при одном важном условии: социальное окружение должно выступать примером для всемерного подражания формирующейся личности.

Проблема воспитания здорового образа жизни и культуры здоровья будет существовать на протяжении развития общества. Правильное воспитание позволит в дальнейшем предотвратить многие проблемы человечества, связанные со здоровьем. Именно в младшем школьном возрасте ребенок получает основы систематических знаний; здесь формируются и развиваются особенности его характера, воли, нравственного облика. Таким образом, сформированность понятий «здоровья» и «здорового образа жизни», а также навыки по сохранению и укреплению своего здоровья зависят не только от усвоения теоретических знаний, но и от примера, который дети наблюдают в своей семье, в кругу сверстников, в школе и на улице.

ЦЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ И ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Е. Н. Волынкина

МОУ ИРМО «Хомутовская средняя общеобразовательная школа № 1»

Сегодняшний день – это день передовых технологий, Интернета, огромных скоростей поступления различной информации, чрезвычайно быстро меняющихся моделей современной техники. Требования, применяемые к человеку в учебе и работе, все время растут.

Цели у каждого человека в жизни свои, чтобы их успешно осуществлять – необходимо, конечно, хорошее здоровье. Оно, как правило, обеспечивает выносливость организма, адаптацию к меняющимся условиям внешней среды. Будь то увеличение нагрузки в учебных заведениях, на предприятии и в быту.

Поэтому, чтобы успешно справляться с ежедневными заданиями, которые ставит перед нами жизнь, мы должны заботиться о своем здоровье и укреплять свой организм.

Хорошее здоровье – наиважнейшая составляющая в любой жизни. Чтобы приносить максимальную пользу обществу, производить здоровое потомство – нужно пользоваться благами жизни и воспитывать правильно подрастающее поколение и, конечно, иметь крепкое здоровье и только полезные привычки, а так как все мы хотим быть успешными и в учебе и на работе (карьера, заработная плата, уважение коллег и т. д.), то нам необходимо быть здоровыми и сильными, морально устойчивыми к стрессам, закаленными и выносливыми.

Одно из тибетских пророчеств гласит, что придут времена, когда люди забудут как вести здоровую, гармоничную жизнь. Они будут полностью поглощены гонкой за иллюзорными материальными благами... Они будут производить искусственные вещества, отравляющие воздух, воду, землю пищу и самих людей... Пророчество сбылось...

Экологический климат оставляет желать лучшего. Возрастает процент людей с хроническими и даже врожденными хроническими заболеваниями, возрастает детская заболеваемость и смертность. Очень высок процент инфекционных заболеваний, которые распространяются большими темпами. Условия жизни в современных городах вызвали стремительное увеличение раковых заболеваний. На смену известным инфекционным заболеваниям пришли новые. Современные медицинские и социологические исследования свидетельствуют об ухудшении здоровья у детей в период полового созревания. Особую опасность последние годы приобретает прогрессивный рост у подрастающего поколения венерических заболеваний, гинекологических, нарушений в сексуальном развитии.

Продолжительность жизни на земле падает в связи с ухудшением экологической обстановки, социальными факторами (доход, удовлетворённость политикой и т. д.), неудовлетворённость жизнью и как следствие самоубийство, наркомания, алкоголизм, явление социальной аномии.

У современного человека нет согласия ни с самим собой, ни с окружающей средой. Под угрозу поставлено не просто качество жизни – сама жизнь. Человечество на перепутье: один путь – самоуничтожение, другой – счастливая жизнь при разумном ограничении потребностей.

К сожалению, в нашем обществе ещё не сформирован культ здоровья, большая часть людей осознаёт ценность здоровья только тогда, когда заболевает. Нельзя забывать великую мудрость, что здоровых людей создаёт здоровая цивилизация. И как сказал Маслоу А.: «Улучшение здоровья – это один из подходов к созданию лучшего мира» (2). Говорить о ценности здоровья нельзя без определения психологии здоровья.

По мнению А. Маслоу, Фрейд дал нам психологию болезни, а нужно дополнить её психологией здоровья.

Психология здоровья – это синтез психологии и валеологии, главная цель которой всестороннее совершенствование человека.

Психология здоровья – это наука о психологических причинах здоровья, о методах и средствах его сохранения, укрепления и развития.

Выделяют следующие направления в исследовании психологии здоровья (4):

- 1) роль психологических факторов в сохранении, укреплении и развитии здоровья;
- 2) внутренняя картина здоровья;
- 3) методы психологического воздействия в укреплении и развитии здоровой личности
- 4) обучение здоровью.

Переживание своего здоровья или нездоровья являются очень значимыми в контексте общей самооценки личности, поэтому человек не может не обращаться к этим проблемам.

Здоровье – это состояние полного душевного, физического и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или физических дефектов. Здоровье – это гармония души и тела, материи и духа, это полнокровное и естественное функционирование человека на всех уровнях: соматическом, психическом, духовном. Если это единство нарушено, человек теряет жизненный стержень, утрачивает гармонию, которую несёт в себе внутренняя свобода, выпадает из общего порядка. Как следствие нарушение энергетического баланса, ослабление защитных сил организма, болезни телесные и душевные. Также на здоровье влияют негативные эмоции – угрызения, депрессии.

Существует 3 типа отношений к своему здоровью:

- самосохранительное;
- равнодушное;
- саморазрушительное.

Колбанов В. В. опираясь на зарубежные данные выделяет составляющие здоровья:

физическое – физическая активность и благополучие;

- психическое – отсутствие негативных эмоций, контроль поведенческих и эмоциональных реакций;
- социальное – контакты, общение;
- ролевое – свобода в выполнении ролей.

Посмотрим, как в различных направлениях психологической науки рассматривается понятие «здоровый человек».

- 1) Психоанализ – говорил о здоровом человеке как о человеке, который освободился от запретов бессознательного, установил новый уровень удовлетворения потребностей, устранил конфликт между бессознательным и сознанием, избавился от тревожности.
- 2) Аналитическая психотерапия К. Г. Юнга – говорила о том, что для здорового человека важна индивидуализация, самореализация, развитие самости – соединение сознательного и бессознательного.
- 3) Индивидуальная психология А. Адлера утверждала, что здоровый человек – это интегрированная целостность в рамках социальной системы, человек который стремится к совершенству.
- 4) Телесно-ориентированная терапия – говорила о том, что для здоровья главное – телесная свобода человека, снятие характерного и мышечного панциря.
- 5) Гештальттерапия – говорила о расширении зон самосознания, создание равновесия внутри себя и между собой и средой.
- 6) Бихевиоризм говорил о важности изменения поведения под влиянием условий среды.
- 7) Согласно концепции позитивной психотерапии здоров не тот человек, у которого нет проблем, а тот, кто знает как выйти из возникших трудностей.
- 8) Гуманистическая терапия – говорила о позитивном принятии себя, эмпатическое понимание, конгруэнтное самовыражение, удовлетворение потребностей, накопление эмоционального опыта. Для здоровой личности в гуманистической психологии был введён термин самоактуализация, этот термин придумал К. Голдстейн – под которым подразумевал реорганизацию способностей. Самоактуализация это не отсутствие проблем, переход от мелких мнимых проблем (юношеских) к проблемам реальным.

Благополучную жизнедеятельность в свою очередь ведёт индивид, имеющий желание и способность самостоятельно ставить и достигать

жизненные цели, не идущий в разрез с общечеловеческими ценностями и реализующий эти желания и способности (гуманистическая позиция А. Маслоу).

А. Маслоу предложил качества здорового человека:

- 1) 1 высшая степень восприятия реальности;
- 2) более развитая способность принимать себя и других такими, какие они есть;
- 3) спонтанность;
- 4) более развитая способность сосредотачиваться на проблеме;
- 5) более выраженная отстранённость и явное стремление к уединению;
- 6) автономность и противостояние, приобщение к одной какой-нибудь культуре;
- 7) свежесть восприятия и богатство эмоциональных реакций;
- 8) более частые порывы на пик переживания;
- 9) более частое отождествление себя со всем родом человеческим;
- 10) изменение в межличностных отношениях (восприятие других бескорыстно);
- 11) более демократичная структура характера;
- 12) высокие творческие способности;
- 13) определённые изменения в системе ценностей.

На наш взгляд гуманистическая психология даёт наиболее полную картину о здоровом человеке, она даёт как описание здорового человека, факторы влияющие на его развитие, так и пути развития личности.

Таким образом, проблема здорового существования волновало не только медиков, и специалисты в других сферах жизни ищут факторы негативно влияющие на здоровье человека, и способы которые помогли бы их преодолеть, и иерархия ценностей человека в которых важно место здоровья.

Е. Б. Фанталова предлагает следующие основные ценности человека: активная, деятельная жизнь; здоровье; интересная работа; любовь; материально обеспеченная жизнь; наличие хороших и верных друзей; уверенность в себе; свобода; счастливая семейная жизнь; творчество.

Одним из важнейших понятий является «отношение к здоровью» – оно представляет собой систему индивидуальных избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующими или наоборот угрожающими здоровью людей, а так же определённую оценку индивидом своего физического и психического состояния. Проблема здоровья имеет социально-психологический моральный аспект.

Здоровье часто выступает средством для иных целей – работать, отдыхать.

Очевидно, что потребность в здоровье и переживание здоровья как жизненной ценности во многом обуславливают субъективную оценку

здоровья. Важно знать какое место занимает здоровье в структуре жизненных ценностей. Этот аспект психологии здоровья редко выступает в качестве предмета исследования (Л. В. Куликов) нужны точные данные для психологии здоровья. Такие данные помогут уточнить субъективную картину здоровья и благополучия личности, место этой ценности в её сознании и помогут понять как влияет неудовлетворённость здоровьем на возникновение эмоционального дискомфорта. Ценности здоровья могут быть по выражению Л. С. Драгунской известными ценностями, но не обязательно признаваемыми или принятыми.

Очень важны этапы развития ребёнка и становление основных процессов формирования заботы о своём здоровье и выработки у него соответственного отношения к здоровью, как к ценности и как к условию его личностного роста.

В. П. Петленко выделяет уровни отношения к здоровью:

- 1) здоровье как ценность воспринимается личностью эмоционально – этот уровень личностной концепции здоровья характеризуется отсутствием ярко выраженных потребности в укреплении здоровья, ценность здоровья сохраняется как факт сознания – безразличный тип людей;
- 2) личность воспринимает необходимость здоровья, но не осознаёт его социальной значимости, возможно возникает установка на укрепление здоровья, но она очень неустойчива, при изменении обстоятельств не реализуется – характерно для спонтанно деятельного типа людей;
- 3) ценность здоровья воспринимается личностью, как социально значимая потребность в укреплении здоровья, требуют новые знания, но чаще ценностные ориентации остаются на вербальном уровне – пассивный тип;
- 4) здоровье как ценность воспринимается на уровне убеждений, потребность в укреплении здоровья формирует устойчивую социальную установку, поведение человека полностью соответствует ценностным ориентациям, оно осознанно проявляет себя в оздоровительной деятельности – характерно для активно-деятельного типа.

А. М. Иванюшкин предлагает выделить три уровня ценности здоровья:

- 1) биологические – гармония физиологических процессов;
- 2) социальные – здоровье как активность личности, деятельное отношение индивида к миру
- 3) психологическое – здоровье не как отсутствие болезни, а как отрицание её в смысле преодоления, здоровье как стратегия жизни человека.

Важным фактором в осознании ценности здоровья является позитивно-эмоциональное стремление к действиям по его укреплению и совершенствованию.

Главное это, ценить здоровье и верить в то, что здоров, ведь сама вера – это уже половина дела.

Существуют основы здорового образа жизни:

Каждый человек стремится к полноценной и счастливой жизни. Поэтому, здоровый образ жизни – и есть основа для такой жизни.

Что включает в себя здоровый образ жизни:

- 1) здоровое, правильное питание; это основа жизнедеятельности всего организма, если питаться неправильно (есть слишком жирную пищу или «вредную» – чипсы, гамбургеры и т. д.), то вскоре мы ощутим сонливость, недомогание, покальвание и правом боку, да и на внешнем виде это отразится в лишних килограммах и не здоровом виде кожи.
- 2) режим дня (соблюдение режима труда и отдыха); правильное распределение времени, отводимое на труд и на отдых. После занятий (в институте), нужен один час дневного сна – это дает возможность отдохнуть мозгу и прибавляет 2-3 часа бодрого самочувствия на вечерние часы.
- 3) организация двигательной активности включает: утреннюю гимнастику, ходьбу (можно просто вверх-вниз по лестнице), вечерние прогулки, походы выходного дня.
- 4) соблюдение гигиенических требований; утренний и вечерний душ, уход за полостью рта, гигиена одежды и обуви, также водные процедуры после физических упражнений, разминок, спортивных игр.
- 5) отказ от вредных привычек (естественно); им не место в жизни любого человека. Хороший способ от них избавиться – заменить на хорошие: алкоголь – на питье соков, воды с ломтиком лимона, минеральной воды, зеленого чая; курение – на прогулки на свежем воздухе; наркотики – это не привычка – это болезнь, лучше не пробоовать вообще, или лечить наркозависимость.

В заключении хотелось бы сказать, что значение здорового образа жизни необходимо для заряда энергией, большей собранности, хорошей коммуникабельности, ощущения своей физической и психоэмоциональной привлекательности, оптимистического настроения, умения обеспечить свой полноценный отдых, целостную культуру жизнедеятельности.

Здоровый образ жизни дает хорошее самочувствие, способность успешно переносить большие нагрузки, уверенность в своих силах, более быстрое и полноценное течение процессов восстановления после умственной деятельности.

Чтобы быть здоровым и выносливым – нужны собственные усилия постоянные и значительные. Величина усилий определяется стимулами. Стимулы – значимостью цели.

Каждому необходима здоровая и счастливая жизнь. Овладение собой, сила воли, способность физически напрягаться, несомненно, способствуют успехам в учебе, работе, семье.

Жизнь – это огромный дар. Нельзя жить тускло. Нельзя тратить жизнь на недуги, «яды» (курение, алкоголизм, наркомания). Жизнь слишком коротка и хороша, в мире столько прекрасного и удивительного.

Жажда жизни и достижение поставленных целей – вот главное, о чем должен помнить каждый. Здоровый образ жизни, физическая культура, закаливание – наши надежные помощники.

И подводя итог своей работы « Основы здорового образа жизни» (я даже назвала бы её «Здоровье, главная жизненная ценность»), я обнаружила взаимосвязь этой темы с огромным количеством факторов, влияющих на аспект здоровья людей. Это политика и социальная среда, сельское хозяйство и медицина.

Литература

1. Выготский Л. С. Собрание сочинений в 6-ти томах. Т. 5 / Л. С. Выготский. – М.: Педагогика, 1983. – 382 с.
2. Бодалёв А. А. Восприятие и понимание человека человеком. – М.: МГУ, 1982.
3. Божович Л. И. Личность и ее формирование в детском возрасте. – М., 1968.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ И ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

В. И. Кудашов

Красноярский государственный медицинский университет

В современном мире нарастает феномен бегства от медицины, которая становится всё более рискованной. Даже в образованных странах возрождается вынужденный фатализм, созвучный языческому мировосприятию. Как ни странно, народная интуиция по части тупиков медицины совпадает с оценками ВОЗ, которая прогнозирует к 2020 г. рост наиболее серьёзных заболеваний на 80 % по сравнению с ситуацией в начале века. В США половина научных расходов идёт по статьям, связанным с состоянием здоровья человека. Страховые компании Запада в панике: через 20 лет на поддержание здоровья населения потребуется весь нынешний бюджет ведущих стран мира. Медицинский мир заговорил о полисиндромности как об угрожающей здоровью человечества тенденции клинической медицины. Суть её в том, что сегодня все болезни не совсем понятным образом особенно тесно связаны друг с другом. Почувствовав недомогание, человек может обойти несколько врачебных кабинетов, и почти в каждом из них специалисты найдут у него свою причину патологии, не преминув назначить свои лекарства.

Отсюда развивается социально детерминированная эпидемия лекарств. Идёт настоящая гонка фармацевтических концернов за новыми, мощными синтетическими препаратами, которые быстро снимают внешние признаки болезни, нередко загоняя её причину вглубь. Это, по данным

ВОЗ, в 25 % случаев вызывает тяжёлые патологии и преждевременные смерти. Вслед за Японией целый ряд стран всё шире использует в качестве альтернативы аптечным препаратам функциональное питание, отвечающее специфике организма конкретного человека и заметно вытесняющее из структуры потребления населения медикаменты. В развитых странах все чаще практикуют замену ставших привычными антибиотиков пробиотиками и иными препаратами, состоящими из полезных организму бактерий либо из продуктов, необходимых для их успешной жизнедеятельности.

Какие же причины завели современную медицину в ситуацию кризиса? Во многом дело в принципиальной недооценке адаптационных возможностей человеческого организма и переоценке пластичности генетического фонда нашей популяции. Убирая нежелательный болевой синдром, медики нередко наносят ущерб другим системам и органам. В качестве средств воздействия на организм обычно преобладают химические препараты и физиопроцедуры далеко не однозначного действия, скальпель и игла, рентген и УЗИ. При создании лекарственных препаратов преобладают те, что направлены на лечение болезней, а не на их предотвращение путём своевременной коррекции здоровья. К тому же акцент сделан на соматические патологии, в то время как сейчас, в эпоху массовых, затянувшихся социальных стрессов, депрессий и хронической усталости населения особенно актуальны средства поддержания психического здоровья, а также эпидемиологического благополучия населения и окружающей природы. Отсутствует проблематика функционального питания, которое в Японии, США, Скандинавии энергично вытесняет лекарственные средства.

Между тем крупнейшие отечественные медицинские авторитеты, включая бывшего президента Российской академии медицинских наук, директора Национального онкологического центра академика М. И. Давыдова, считают, что воссоздание на современной технологической основе аналога некогда популярной и достаточно эффективной системы санитарного просвещения населения могло бы без серьёзных бюджетных затрат увеличить продолжительность активной жизни наших соотечественников в среднем на 25 лет. Это мощный, но пока не востребованный резерв решения демографических проблем, призванный усилить интеллектуальный и моральный потенциал страны за счёт эффективного использования профессионального и жизненного опыта старших поколений, которые сегодня нередко рассматриваются как финансовая обуза Пенсионного фонда. К тому же такой проект вместе с внедрением современных информационных, биологических и нанотехнологий скрининга, диагностики, прогностики, мониторинга, лечения и реабилитации пациентов, может разгрузить дорогостоящие стационары и заметно снизить потребление фармакологических препаратов.

Реализация этой идеи самими учёными перенесёт акцент с естественно-научного и практически-клинического аспекта медицины на социально-психологический анализ проблемы, включающий адекватное воздействие на сознание, интеллект и эмоции людей, что всегда было задачей философии и гуманитарного знания. Ведь философия зарождалась на той же проблемной почве, что и медицина: уже в кодексе Хаммурапи упоминаются государственные школы целителей, задачей которых было не только лечение заболевших, но и предотвращение заболеваний здоровых людей. Корифей античной медицины Гиппократ считал необходимой составляющей успешного врачевания знание философии. Почти все философы той эпохи либо были врачами, либо высоко ценили врачевание. Сохранилось адресованное Гиппократу письмо Демокрита, считавшего, что понимание сути важнее знания фактов, что просто эрудиция не гарантирует проникновения в сущность явлений. Эсхил в трагедии, посвященной Прометею, видел его главный подвиг не в похищении огня, а в том, что он научил людей оказывать друг другу лечебную помощь, не полагаясь пассивно на милость богов.

В древней Греции, где философы были врачами, а врачи – философами, медицинская и философская мысль ориентировалась на человека как конечную цель мироздания, как на центр материальной и духовной природы. Именно в древней Элладе сложились интегральные понятия европейской цивилизации – «здоровый образ жизни» и «культура здоровья». «Античные философы нередко выступали в роли своего рода частных консультантов, которые служили советниками в житейских делах и одновременно способствовали установлению социального равновесия, разрешая споры, приводя политиков к взвешенным решениям и т. д. Но одной из самых важных функций философии, помимо отыскания истины и справедливости, являлась забота о душе человека. Эпиктет, например, рассматривал свою школу как своего рода психологическую лечебницу, где каждому из его учеников предстояло осознать своё душевное состояние как патологическое, чтобы «исцелить душевные язвы, приведя в покой мысль». Плутарх считал, что врач заблуждается, если думает, будто сможет пренебречь философией; равно будет ошибкой ставить в упрёк философу то, что он, выходя за отведённые ему границы, обращается к вопросу о здоровье» (Толкинн 2007, С. 21).

В ситуации современных проблем дилемма «философы или медики?» обретает новый ракурс: не вместо, а вместе. Ведь главное в таком междисциплинарном дискурсе – уловить диалектически противоречивую, драматическую взаимосвязь фактора времени и фактора субъективности в клинической деятельности. Отсюда необходимость разработки отвечающей реалиям информационной эпохи концепции взаимодействия диагностики заболевания и системного мониторинга процесса лечения как специфических процессов оптимального

сочетания по принципу синергетики оперативно полученных и объективных лабораторно-аппаратных данных со знаниями и профессиональной интуицией врача. Именно эту реальную дилемму времени и истины, когда врач вынужден состязаться в скорости принятия решений и эффективности своих действий с течением патологического процесса, призвана облегчить диагностическая аппаратура нового поколения. Клиницист и философ дополняют информацией и аргументами друг друга, обсуждая пути развития медицины с позиций своих наук. Клиническая медицина и философия сочетают в себе черты науки и искусства, объективный анализ ситуации (врач-диагност элиминирует себя в процессе познания, не давая воли своим эмоциям) и субъективное, пропускаемое через себя, через своё видение мира и место человека в нём истолкование «образа» болезни и личности больного.

Интересный сюжет о трактовке болезни и отношения к ней заболевшего человека привёл в одной из своих статей К. Маркс: «Человеческое тело от природы смертно. Болезни поэтому неизбежны. Почему, однако, человек обращается к врачу только тогда, когда он заболевает, а не когда он здоров? Потому что не только болезнь, но и самый врач уже есть зло. Постоянная врачебная опека превратила бы жизнь во зло, а человеческое тело – в объект упражнений для медицинских коллегий. Разве не желательнее Смерть, нежели жизнь, состоящая только из мер предупреждения против смерти? Разве жизни не присуще также и свободное движение? Что такое болезнь, как не стеснённая в своей свободе жизнь? Неотступный врач уже сам по себе был бы болезнью, при которой даже не было бы надежды умереть, а оставалось бы только жить. Пусть жизнь и умирает, но смерть не должна жить. Разве дух не имеет больше прав, чем тело?» (Маркс 1954, С. 64).

Свободный выбор индивида – лечиться или отказаться от мучительного и бесперспективного лечения, вплоть до решения о добровольном уходе из жизни путём медицинской эвтаназии, – относится к одному из наиболее дискутируемых сегодня вопросов. Он во многом обусловлен вопросом связи биологического фактора – здоровья человека с социальным его аспектом – качеством жизни. В документах ВОЗ качество жизни трактуется как свойство конкретного человека быть не просто представителем рода *Homo sapiens*, но и как его способность реализовать себя в социальном плане. Такой подход в корне отличается от подсчёта среднего количества прожитых лет в конкретной популяции, ибо речь сегодня идёт не об арифметическом прибавлении биологических лет к уходящей социальной жизни, а о добавлении социально активной и функционально полноценной жизни к уже прожитым в энергичном режиме годам, «об увеличении коэффициента полезного действия жизни» (Крутько 2006, С. 792).

Проблема связи состояния здоровья с качеством жизни имеет ещё одну актуальную дилемму, решаемую исключительно субъективно:

упорное лечение «до победного конца» или нахождении консенсуса человека с поразившим его хроническим недугом. Первая стратегия наталкивается на то, что людей, абсолютно здоровых, с точки зрения формальных стандартов медицины, нет даже среди космонавтов, поэтому стремление к усреднённому стандарту здоровья, как правило, идеалистично. Во-вторых, любое лечение одних органов небезопасно для других. В-третьих, заикленность на лечении несёт в себе опасность депрессии, хронической усталости, незаметного отхода от социальной жизни с её проблемами и радостями. Многие при этом определяется жизненной позицией индивида. Для одних это – путь к статусу вечно больного, коллекционирующего симптомы, синдромы, боли, страхи, чувства опасности и беспомощности. Им нужна помощь психотерапевтов. У других активная жизненная позиция и целенаправленная деятельность существенно теснят и перекрывают явные признаки заболевания, что заставляет вспомнить афоризм великолепного диагноста позапрошлого века профессора Г. А. Захарьина: «борьба со смертью не должна превращаться в насилие над жизнью».

Стратегия приспособления к хронической болезни, напротив, строится на целенаправленной лечебно-профилактической и в то же время щадящей, минимально ограничивающей его социальные функции и планы коррекции индивидуального образа жизни. На Западе получили распространение общества диабетиков, анонимных алкоголиков, людей, страдающих другими патологиями, а также хосписы. Налицо гуманистические попытки использовать социальные и во многом виртуальные средства коллективного психологического преодоления или хотя бы частичной компенсации реальных биологических недугов. К сожалению, в России данная проблема тоже пока не стала предметом внимания представителей гуманитарных наук, хотя исходная психофизиологическая природа человека располагает к междисциплинарному исследованию этого феномена.

Людям старшего поколения, привыкшим к патерналистской заботе государства о благосостоянии населения, особенно тяжело даётся представление о том, что теперь гражданин сам является распорядителем, владельцем и пользователем своего собственного природного ресурса – здоровья. При этом, забота о здоровье требует, помимо денег, немалого времени. В связи с бурным развитием комплексных научных исследований, возникло междисциплинарное направление, названное «экоматерникой». Речь идёт о создании теории общественных, биологических, машинных и биомашинных механизмов, позволяющей количественно оценивать эффективность жизни, то есть о попытке применить к описанию и оценке систем, включая биологические, а значит, и человеческий организм, цифрового ряда, известного в науке как число Фибоначчи.

Базовая потребность в безопасности, под которой понимается забота о здоровье и условиях жизни, с ним связанных, у млекопитающих определяется в диапазоне 16 ± 4 % времени жизни (Бурдаков 2001, С. 34). Значит, чтобы быть в согласии со своим организмом, человеку следует ежедневно выкраивать (в зависимости от возраста, состояния и генетического запаса) от 12 до 20 % суточного времени на заботу о своём здоровье и психосоматическом благополучии. Проблема в том, что далеко не все люди в нынешней экономической и социальной ситуации могут себе такое позволить, а те, кто может, далеко не всегда понимают необходимость целенаправленной работы со своим организмом.

Осмысление проблемы здоровья человека может способствовать ускоренному переходу от медицины болезней к медицине здоровья, переносу центра внимания от лечения далеко зашедших патологий к их обнаружению на ранних подступах и своевременной профилактике. Мысль о том, что диагностика болезней должна начинаться не у постели больного, а в клинике здорового человека, была высказана ещё И. В. Давыдовским (Давыдовский, 1962, С. 35). Он имел в виду нередко длительный бессимптомный (доклинический) период развития болезни, когда функциональные изменения органов и тканей компенсировались организмом, а потому не вызывали заметных изменений самочувствия человека, продолжавшего считать себя практически здоровым. Речь идёт о только намечившемся рассогласовании синергетического взаимодействия различных органных систем между собой без заметного нарушения штатного функционирования каждой из них в отдельности.

Здоровье людей – предмет серьёзной озабоченности как в обществе, так и во властных структурах. Однако существенных сдвигов в этой сфере, как показывает мировой опыт, невозможно достигнуть без опоры на фундаментальную науку. Проблема здоровья – веление времени и путь к выживанию человечества (Кудашов, 2007). Бурные политические и экономические перемены, взвинченный ритм новаций, агрессивные вызовы природной среды, лавины разрушительных катастроф, тотальных рисков и массовых стрессов, акцентируют диссонанс темпа экологических, экономических и социальных изменений с эволюционно обусловленной динамикой психосоматики людей. Все эти факторы усложняют выработку стратегии гуманных ответов биологии и медицины на вызовы информационной цивилизации. К тому же сейчас остро встаёт проблема интеллектуально-эмоционального отношения к различным инновациям, будь то научное открытие, товар или услуга. Поэтому философское осмысление новых проблем, связанных с невидимой со стороны интеллектуальной деятельностью, становятся стержневым компонентом инновационной экономики.

Главным фактором, определяющим отношение человека к здоровью, являются социокультурные и психологические установки, формирующиеся в сознании человека с детства (в семье, в дошкольных учреждениях, школе) и закрепляемые социально значимым окружением и средствами массовой информации. Решающую роль в формировании первых представлений об отношении к своему здоровью играет семья, социокультурная среда и социально значимое окружение. Социокультурное и психологическое программирование является главным фактором формирования ложных установок по отношению к здоровью в детском возрасте и последующего небрежного обращения со своим здоровьем. Схемы поведения, зависящие от сознательной мотивации, оказываются менее устойчивыми, чем те, которые являются естественным итогом воздействия социальных норм и традиций.

Многочисленные факты и исследования доказывают, что поведение и многие представления человека не всегда являются результатом его свободного выбора. Чаще всего это результат взаимодействия естественно-природного человеческого организма с социальной средой и социокультурным окружением. Причем, с одной стороны, это может быть проявлением объективных или спонтанных влияний социума, а с другой стороны, они производны от целенаправленного воздействия на него. Вот почему определенные установки, поведение и ценности человека могут быть поняты лишь в связи с его конкретной социальной и субкультурной принадлежностью, особенностями статуса и ролевых характеристик государства, в котором он проживает. И здесь не обойтись без выхода на глобальные исторические процессы, происходящие в политике и экономике в тот или иной отрезок времени.

Литература

1. Бурдаков В. П. Старение организмов – комплексный анализ // Вестник Российской академии наук. – 2001. – Т. 71, N 1. – С. 32-38.
2. Давыдовский И. В. Приспособительные процессы в патологии // Вестник АМН СССР. – 1962. – № 4. – С. 29-38.
3. Крутько В. Н. Профилактика старения как системная технология // Вестник РАН. – 2006. – Т. 76, №9. – С. 790-797.
3. Кудашов В. И. Философские аспекты проблемы здоровья. – Красноярск: КрасГМА, 2007. – 212 с.
4. Маркс К. Дебаты о свободе печати и об опубликовании протоколов сословного собрания // Маркс К. и Энгельс Ф. Соч. – Т. 1. – М.: Политиздат, 1954. – С. 59-82.
5. *Толокин А. О.* Мировые оздоровительные системы в практике восстановительной медицины. – М., 2007. – 206 с.

ДИНАМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЖИЗНЕННОГО САМООСУЩЕСТВЛЕНИЯ В ПРИЗМЕ ОЦЕНКИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

И. О. Логинова

*ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ*

Проблема оценки, профилактики и сохранения психологического здоровья человека, в целом, и психологического здоровья конкретных представителей различных профессий, в частности, является сегодня довольно актуальной. Ее актуальность обусловлена не только тем, что сам человек и его становление как здоровой и суверенной личности становятся предметом психологического исследования, но и теми изменениями, которые происходят в мире, предъявляя особые требования к человеку, стремящемуся к сохранению здоровья, к саморазвитию, к самоактуализации. Среди этих требований готовность действовать в новых, непредсказуемых условиях, принимать решение в данной ситуации и нести ответственность за принятое решение. Чтобы соответствовать этим требованиям, необходимо иметь определенные личностные характеристики: быть способным видеть свои возможности в окружающем его мире и реализовывать свой потенциал, открывая для себя новые смыслы своей жизнедеятельности, осуществляя себя, свой жизненный потенциал.

Жизненное самоосуществление относится к категории тех понятий в психологии, которые не появляются в один момент в жизни человека и не сопровождают его на протяжении определенного отрезка жизни. Скорее наоборот, жизненное самоосуществление человека связано с «вырастанием», «взрослением» вполне определенных структур, совокупность которых и определяет возможность человека быть чувствительным к ситуации, где он может реализовать (осуществить) себя. Кроме того, реализуя себя, он выходит за пределы того уровня достижений, который был у него до начала данной деятельности. Происходит то, что И. Пригожин назвал движением от бытия к становлению и обратно, когда переносится акцент с положения равновесия на состояние неустойчивости, где рождается и перестраивается структура. Эта одномоментность тяготения к равновесию, к стабильности наряду с открытостью, которая «нарушает» установленные правила, присуща жизненному самоосуществлению человека.

Неотъемлемым условием жизненного самоосуществления человека выступает культура, определяющая пространство жизнедеятельности человека, и которую он (человек) создает в процессе собственного осуществления. М. С. Гусельцева утверждает, что самоосуществление

человека проявляется в культуре и зависит от ее «взлетов» и «падений»: претерпевает «определенные изменения ментальность, легко продуцируются измененные состояния сознания, позволяющие, в свою очередь, менять ракурсы видения, трансформируется картина мира» (Гусельцева, 2007). Выделяя две тенденции, состоящие друг с другом в культуре: стремление к разнообразию и неопределенности, с одной стороны, и стремление к консервации и упорядоченности, с другой, – М. С. Гусельцева выделяет еще одну составляющую культуры – человека как материального носителя и преобразователя содержания культуры, который своей жизнью и самоосуществлением задает движение потока культуры и сам в этом потоке развивается и изменяется. «Культурным органом самостроительства и самоосуществления, реализации уникального предназначения, своей миссии в культуре» (там же) автор считает индивидуальность человека. Кроме этого, автор отмечает, что в благоприятном случае в сензитивные моменты совершается самоосуществление творцов, предельные жизнестроительства, вершинные реализации индивидуальности и человеческой сущности, характеризующие «и взлет культуры, и фейерверк миров, и возвышение человека» (там же). Можно сказать, что культура порождает ситуации, в которых человек осуществляет себя, изменяя саму культуру.

Обсуждая динамические характеристики различных явлений и феноменов, в том числе, жизненного самоосуществления человека, важно понимать, что сам феномен жизнь является динамическим образованием, характеризующим «непрерывную изменчивость, сохранение прошлого в настоящем, истинную длительность» (Бергсон) самоорганизующейся психологической системы.

В работе «Конкретная психология человека» Л. С. Выготский заметил, что «человек не только развивается, но и строит себя» (Выготский, 2005). Эффекты жизнестроительства проявляются в действиях, поступках, словах: «...от того, какие мы уже есть, мы ...должны выходить в пространство или в точку, где нас еще нет и где мы только возможны... будем возможны ...в той форме – зависит от труда и усилия, которые мы совершим ...в написании текста» (Мамардашвили, 1997). Ученый ввел понятие «пространство метафоры» (там же), отмечая, что в пространстве метафоры могут сойтись различные проявления жизни – пространства и времени человека (автор соглашается с Прустом в том, что речь идет не о расстояниях, измеряемых метрически, а о расстояниях душевной жизни). Эта же позиция обозначена в работе О. В. Лукьянова «Готовность быть», где автор отмечает, что «внятное слово – необходимый и достаточный материал для психологического исследования» (Лукьянов, 2009), поскольку произносится в своем контексте, в своем времени, в своем смысловом поле, определяя время жизни и горизонт соответствия времен. При этом, понять жизнь можно только в единстве «реальности

прошлого и возможности будущего так, как это может быть понято в настоящем»: «Чем больше психической энергии мы вкладываем в будущую жизнь, тем больше становимся ее частью. Сознание тех, кто отождествляет себя с эволюцией, незаметно смешивается с ней, подобно маленькому ручейку, который, присоединяясь к большой реке, образует вместе с ней одно течение» (Чиксентмихайи). Ученый отмечает, что это движение обеспечивается гармонизацией мыслей, чувств, переживаний, поэтому получили название потоковых, а «гармоническое соединение физической и психической энергии приводит к тому, что жизнь становится жизнью» (там же), при этом описываемое автором состояние потока побуждает человека выходить на новые уровни задач и мастерства: «Погружаясь в состояние потока, мы строим мост к будущему нашего мира» (Чиксентмихайи). В процессе жизни психическая энергия («психическая негэнтропия») свободно направляется на осуществление дела или мысли, давая человеку «ощущение движения в потоке» (там же).

Л. фон Бергаланфи рассматривает жизнь человека как траекторию движения самоорганизующейся системы во времени, в процессе которого осуществляется изменение и самоизменение и мира, и человека. В этой связи оба они находятся в процессе самотворения, будучи незавершенными, незаконченными. Непредрешимость, непредсказуемость относятся к существу человеческого бытия. Они отражают определяющую черту человека – несовпадение с самим собой. «Подлинная жизнь человека совершается в точке несовпадения человека с самим собой, в точке выхода его за пределы всего, что он есть как вещное бытие, которое можно подсмотреть, определить и подсказать помимо его воли, «заочно». Подлинная жизнь человека доступна только диалогическому проникновению в нее, которому она сама ответно и свободно раскрывает себя (Морсон, 2002). Таким образом, человек такое существо, которое настроено на некую цель, то есть такое завершение существования, которое невозможно произвольно назначить, его можно только обнаружить, открывая себя миру каждый раз заново.

Состояние подвижного равновесия (динамической устойчивости) имеет место тогда, когда изменение параметров порядка влечет за собой дальнейшие изменения. Для самоорганизующихся систем равновесие может быть только мигом в процессе непрерывных изменений, равновесные системы не способны к самоорганизации. Для поддержания неравновесности система должна постоянно осуществлять работу, направленную на сохранение условий своего существования. Эта позиция подтверждается О. В. Лукьяновым: «для того, чтобы мир был устойчивым в изменениях, человек должен интенсивно изменяться» (Лукьянов, 2008).

Процесс самоосуществления требует постоянной готовности рисковать, ошибаться и находить разумные пути выхода из трудных ситуаций, отказываться от своих старых привычек, преодолевать страх и тревогу (Храмцова, 2003). М. К. Мамардашвили отмечал, что человек есть

существо, сопряженное с неизвестным, или с поиском, или с движением в сторону неизвестного, потому что человеку не задана заранее никакая мера: «Нет никакой меры, по которой бы определили бы – вот это есть человек. Человек обнаруживает себя движением в безмерном» (Мамардашвили, 1997), и далее автор продолжает: «Самое красивое зрелище в человеке – когда человек идет на пределе того, на что вообще способен человек» (там же). Подобное проявление «безмерности», «бесконечности» и «безмасштабности» человек может демонстрировать, по мнению автора, в различных сферах жизнедеятельности.

В контексте «бесконечности» человека в плане его духовного развития Б. Г. Братусь выделяет два типа самоосуществления: нормальное и аномальное. Нормальное самоосуществление, с точки зрения Б. Г. Братуся, направленное на человеческую сущность и ориентированное на человечество, является индикатором нормального развития личности. Аномальным Б. Г. Братусь считает самоосуществление, не устремленное на нечто высшее. Развивая данную точку зрения Е. А. Лукина (2006) выделяет конструктивное и деструктивное самоосуществление. Конструктивное, с позиции Е. А. Лукиной, определяет стремление к саморазвитию, самосовершенствованию, личностному росту, а деструктивное – подразумевает некую ложную реализацию не своей сущности, а своего представления о ней. Е. А. Лукина отмечает, что под самоосуществлением понимается «процесс опредмечивания, воплощения себя, своей сущности в материальной и духовной действительности в разных формах» (Лукина, 2006). Самоосуществление происходит через слияние и растворение себя за счет отдачи всех своих сил реализации некоей высшей цели, смысла, который находится вне человека. С данной позиции, самоосуществление (нормальное, конструктивное) предполагает устремленность к высшему как обязательное условие. В такой устремленности к высшему человек и осуществляет самореализацию. Э. В. Галажинский (2002) указывает на возможность самореализации как самоосуществления человека, которая предполагает, мир – это не только пространство для реализации человеком своих потенций, возможностей; сам человек может активно выбирать те возможности, которые действительно достойны реализации. Автор отмечает, что возможность выбора означает взятие на себя ответственности за собственный выбор – перед собой и другими людьми, которых этот выбор может коснуться.

В ходе анализа эмпирических результатов нами выделен ряд личностных характеристик, специфическое проявление которых определяет динамичность жизненного самоосуществления. К таковым относятся показатели самоактуализационного потенциала.

Исследование самоактуализационного потенциала проводилось нами по базовым шкалам, как наиболее информативным (шкалы Компетентности во времени и Поддержки), шкалам Ценностных ориентаций и Гибкости поведения и Креативности.

Так, представители условно выделенной «статичной» группы продемонстрировали в ходе первичного исследования следующие результаты:

1) по шкале Компетентности во времени низкие Т-баллы имеют 60 % обследуемых, что означает их ориентацию лишь на один из отрезков временной шкалы и (или) дискретное восприятие своего жизненного пути. Высокие баллы по данной шкале имеют 40 % респондентов. Это свидетельствует о способности жить «настоящим», ощущать неразрывность прошлого, настоящего и будущего, т. е. видеть свою жизнь целостной;

2) по шкале Поддержки, которая измеряет степень независимости ценностей и поведения субъекта от воздействий извне, чуть более 30 % респондентов получили высокие баллы. Они относительно независимы в своих поступках, стремятся руководствоваться в жизни собственными целями, убеждениями, установками, принципами, свободны в выборе и не подвержены внешнему влиянию. Другая часть обследуемых (около 70 %) характеризуется внешним локусом контроля («извне направляемая» личность). Считается, что человек достиг оптимального уровня самоактуализации личности, если его данные попадают в зону специального графика, расположенную в диапазоне 55-56 %. В эту зону по первой шкале попадает лишь 15 % респондентов, а по второй – немногим больше 20 % представителей «статичной» группы;

3) результаты, полученные по шкале Ценностных ориентаций, свидетельствуют, что 60 % обследуемых не разделяют ценности, присущие самоактуализирующейся личности. По шкале Гибкости поведения 27 % обследуемых имеют низкие баллы, они ригидны во взаимодействии с окружающими людьми, не способны быстро и адекватно реагировать на изменяющуюся ситуацию. В зону графика, расположенную в диапазоне 55 % и выше, по шкалам первого блока попадает немногим больше 10 % респондентов;

4) по шкале Креативности результаты наглядно демонстрируют, что 43 % обследуемых не имеют выраженности творческой направленности личности, а это, как известно, один из концептуально важных элементов феномена самоактуализации. Лишь незначительная часть респондентов, имеющая достаточно высокие баллы по данной шкале (45 и выше Т-баллов), характеризуется направленностью на творчество. Оптимального уровня самоактуализации из них по данной шкале достигло 15 % обследованных.

Характеризуя респондентов «статичной» группы в целом, следует отметить их невысокий уровень гибкости, самостоятельности, творческой направленности, неспособность жить настоящим. Около 50 % обследуемых по использованным нами тестам имеют низкие баллы, они не стремятся к самоосуществлению, т. е. не стремятся «стать все более тем, кем они способны стать» (Maslow A. ; 1954). Другими словами, в ходе исследования нами была выявлена та часть людей, чьи личностные

особенности далеки от тех, которые становятся все более востребованными в современных условиях. Такие респонденты имеют установку на собственную роль как на роль передатчика безличной информации по жестко утвержденным стандартам, программам. В силу своих личностных особенностей им будет достаточно сложно принимать новое, проявлять независимость в суждениях, отстаивать свою собственную позицию.

Представители «динамичной» группы продемонстрировали в ходе первичного исследования следующие результаты:

1) по шкале Компетентности во времени низкие Т-баллы имеют 20 % обследуемых, что означает их ориентацию лишь на один из отрезков временной шкалы и (или) дискретное восприятие своего жизненного пути. Высокие баллы по данной шкале имеют около 70 % респондентов. Это свидетельствует о способности жить «настоящим», ощущать неразрывность прошлого, настоящего и будущего, т. е. видеть свою жизнь целостной;

2) по шкале Поддержки около 80 % обследуемых получили высокие баллы. Они относительно независимы в своих поступках, стремятся руководствоваться в жизни собственными целями, убеждениями, установками, принципами, свободны в выборе и не подвержены внешнему влиянию. Другая часть респондентов (около 20 %) характеризуется внешним локусом контроля («извне направляемая» личность). Среди представителей «динамичной» группы, достигших оптимального уровня самоактуализации личности, по первой шкале попадает около 65 % обследуемых, а по второй – немногим больше 70 %;

3) результаты, полученные по шкале Ценностных ориентаций, свидетельствуют, что 80 % обследуемых разделяют ценности, присущие самоактуализирующейся личности. По шкале Гибкости поведения 73 % респондентов имеют высокие баллы, они флексибильны во взаимодействии с окружающими людьми, способны быстро и адекватно реагировать на изменяющуюся ситуацию. В зону графика, расположенную в диапазоне 55 % и выше, по шкалам первого блока попадает немногим больше 70 % респондентов;

4) по шкале Креативности результаты наглядно демонстрируют, что 74 % обследуемых имеют ярко выраженную творческую направленность, являющуюся одним из концептуально важных элементов феномена самоактуализации. Лишь незначительная часть респондентов, имеющая низкие баллы по данной шкале (до 45 Т-баллов), не характеризуется направленностью на творчество. Оптимального уровня самоактуализации из них по данной шкале достигло 75 % обследованных.

По результатам первичного исследования была проведена проверка на наличие достоверных различий между исследуемыми выборками по всем шкалам самоактуализационного теста с использованием t-критерия Стьюдента для несвязанных выборок.

По всем шкалам САТа различия между респондентами «статичной» и «динамичной» групп являются статистически значимыми ($p < 0,001$).

В ходе повторного исследования обнаружены существенные изменения, произошедшие с респондентами обеих групп. Для иллюстрации данных изменений остановимся на базовых шкалах как наиболее информативных в структуре самоактуализационного теста и дающих общую картину о состоянии самоактуализационного потенциала обследуемых в процессе жизненного самоосуществления.

Представители «статичной» группы продемонстрировали по шкале Компетентности во времени тенденцию к снижению самоактуализационного потенциала: рубеж в 45 Т-баллов не преодолело около 80 % респондентов, а максимальный показатель снизился с 65 Т-баллов до 55. Это может свидетельствовать об усиливающемся дискретном восприятии жизненного пути, оценке настоящего в призме отдельных событий.

По шкале Компетентности во времени у 25 % обследуемых «динамичной» группы в ходе повторного исследования наблюдается переход в «зону самоактуализации» (45 и выше Т-баллов), кроме того в зоне оптимальной самоактуализации располагается не 25 % респондентов, а около 55 %. Данные результаты демонстрируют проявление тенденции к целостному восприятию времени жизни, оценке событий в контексте единства времен, способность жить «настоящим».

По шкале Поддержки 80 % респондентов «статичной» группы при повторном исследовании обнаруживают низкий уровень самоактуализации (при первичном только 20 % попадали в зону до 45 Т-баллов). При этом в зоне оптимальной самоактуализации (55 и выше Т-баллов) при первичном исследовании находилось около 20 % обследуемых, то при повторном – около 2 %. В этой связи можно полагать, что в процессе жизненного самоосуществления представителям «статичной» группы в большем объеме требуется поддержка извне, они становятся ориентированы на чужое мнение, минимизируется проявление самостоятельности, происходит снижение внутреннего локуса контроля.

Представители «динамичной» группы по шкале Поддержки при повторном исследовании демонстрируют положительные изменения в снижении почти в 2 раза количества обследуемых, характеризующихся низкими Т-баллами (с 20 % до 10 %). При сохранении количества респондентов, чьи баллы располагаются в зоне оптимальной самоактуализации, обнаруживается расширение этой зоны (максимальные баллы при первичном исследовании в этой группе – 60 Т-баллов, при повторном – 65 Т-баллов). Можно предполагать, что в процессе жизненного самоосуществления респонденты «динамичной» группы становятся более ориентированными на самоподдерживаемые изменения, у них возрастает внутренний локус контроля, степень самостоятельности в принятии решений.

По результатам повторного исследования были вычислены показатели различий по t-критерию Стьюдента для несвязанных выборок, которые позволили констатировать наличие различий на достоверном уровне значимости. Полученные данные свидетельствуют о том, что по всем шкалам САТа различия между педагогами «статичной» и «динамичной» групп при повторном исследовании являются статистически значимыми ($p < 0,001$).

Таким образом, по всем шкалам САТа различия между представителями «статичной» и «динамичной» групп на этапе повторного исследования являются статистически значимыми, указывая на наличие значимых различий между этими группами по параметрам «компетентность во времени», «поддержка», «ценностные ориентации», «гибкость поведения» и «креативность».

Выявленные особенности самоактуализационного потенциала позволяют констатировать, что жизненное самоосуществление сопряжено с такими личностными характеристиками, которые обеспечивают поступательное движение человека с постоянным наращиванием пространства новых возможностей, открывающихся в процессе взаимодействия с миром. Среди них, компетентность во времени, поддержка, гибкость поведения, ценностные ориентации, синергия, спонтанность и креативность. Обнаруженные потенциальные возможности к взаимодействию с окружающей средой, обеспечивают самоосуществление человека в тех составных сферах, которые имеют для него смысл и ценность, как такие составляющие его бытия, в которых он открывает различные способы освоения мира. Именно самоактуализационный потенциал обеспечивает безграничные возможности жизненного самоосуществления.

Можно полагать, что компетентность во времени, поддержка, гибкость поведения, ценностные ориентации, синергия, спонтанность и креативность, конституирующие динамизм жизненного самоосуществления, демонстрируют одновременно и уровень психологического здоровья респондентов. Респонденты, характеризующиеся более высокими показателями самоактуализационного потенциала и динамичностью жизненного самоосуществления, приобретают большую независимость, самодостаточность, становятся более гибкими, свободными и открытыми в общении с другими людьми, начинают разделять экзистенциальную ценность принципа «здесь и теперь», а значит – более здоровыми в психологическом смысле.

Представленные материалы не исчерпывают всех вопросов, связанных с проблемой психологического здоровья, его оценки, но показывают взаимосвязь между двумя показателями здоровья: динамикой жизненного самоосуществления и показателями самоактуализационного потенциала.

Литература

1. Бергсон А. Творческая эволюция / А. Бергсон. – [Электронный ресурс] – <http://www.philosophy.ru/berg/5.html>
2. Бергаланфи Л. фон. История и статус общей теории систем / Л. фон Бергаланфи // Системные исследования. Ежегодник. – М.: Наука, 1973. – С. 20-37.
3. Братусь Б. С. Аномалии личности / Б. С. Братусь. – М.: Мысль, 1988. – 301с.
4. Выготский Л. С. Психология развития человека / Л. С. Выготский. – М.: Смысл; Эксмо, 2005. – 1136 с.
5. Галажинский Э. В. Системная детерминация самореализации личности: Дис. ...д. пс. н.: Спец.: 19. 00. 01 – общая психология, история психологии, психология личности / Э. В. Галажинский. – Барнаул, 2002. – 299 с.
6. Гусельцева М. С. Культура как психологическая реальность: опыт идеального моделирования / М. С. Гусельцева // Вопросы психологии. – 2007. – №5. – С. 13-24.
7. Лукина Е. А. Особенности самоосуществления человека в разные периоды взрослости: Дис. ...к. психол. н.: Спец.: 19. 00. 13 – психология развития, акмеология / Е. А. Лукина. – СПб.: СПбГУ, 2006.
8. Лукьянов О. В. Готовность быть: Введение в транстемпоральную психологию / О. В. Лукьянов. – М.: Смысл, 2009. – 231 с.
9. Мамардашвили М. К. Психологическая топология пути (М. Пруст «В поисках утраченного времени») / М. К. Мамардашвили / Под общ. ред. Ю. П. Сенокосова. – СПб.: Изд-во Русского Христианского гуманитарного института, 1997. – 570 с.
10. Морсон Г. С. Бахтин и наше настоящее / Г. С. Морсон // М. М. Бахтин: pro et contra: Творчество и наследие М. М. Бахтина в контексте мировой культуры. Том II. / Сост. и коммент. К. Г. Исупова; библиография О. Ю. Осьмухиной, Т. Г. Юрченко, О. Е. Осовского, Н. Б. Панковой. – СПб.: РХГИ, 2002. – С. 202-239.
11. Пригожин И. Р. Наука, разум и страсть / И. Пригожин // Знание-сила. – 1997. – № 9. – С. 44-56.
12. Храмцова Л. Н. Психологические условия самоосуществления личности: Автореф. дис. ...к. психол. н.: Спец.: 19. 00. 01 / Л. Н. Храмцова. – Новосибирск, 2003. – 20 с.
13. Чиксентмихайи М. В поисках потока. Психология увлеченности повседневной жизнью / М. Чиксентмихайи. – [Электронный ресурс] – www.koob.ru/csikszentmihalyi
14. Maslow A. Motivation and person /A/Maslow. – N. Y., 1954. – 411p.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЖИЗНЕННЫХ ЦЕННОСТЕЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ САМОРЕАЛИЗАЦИИ ПЕДАГОГА

А. А. Мишин

МАОУ ДПО «Институт повышения квалификации» Новокузнецка

Жизненные ценности человека лежат в основе его поведения в целом и профессиональной деятельности в частном. Ценности как многозначное научное понятие имеют различные интерпретации в зависимости от подхода автора. Как отмечает М. С. Яницкий (Яницкий, 2000) в ряде исследований понятие «ценностные ориентации личности» по существу совпадает с терминами, характеризующими мотивационно-потребностную

либо смысловую сферу. Автор ссылается на работы как зарубежных авторов (А. Маслоу, В. Франкл), так и отечественных представителей (Ф. Е. Василюк). А. Маслоу не разделял понятия «ценности», «мотивы» и «потребности», В. Франкл «ценности» и личностные смыслы. Как отмечает Ф. Е. Василюк, в отечественных работах понятие ценности подводят под более общие, устоявшиеся психологические понятия: «когда знакомишься с попытками психологической науки ответить на вопрос, что есть ценность, часто создается впечатление, что главное стремление этих попыток – отделаться от ценности как самостоятельной категории и свести ее к эмоциональной значимости, норме, установке и т. д. Но ценность явно не вмещается в узкие рамки этих понятий» (Василюк, 1997). Анализируя теоретические подходы, к проблеме ценностей М. С. Яницкий приходит к выводу, что ценностные ориентации представляют собой особые психологические образования, всегда составляющие иерархическую систему и существующие в структуре личности только в качестве ее элементов. Невозможно представить себе ориентацию личности на ту или иную ценность как некое изолированное образование, не учитывающее ее приоритетность, субъективную важность относительно других ценностей, то есть не включенное в систему (Яницкий, 2000).

Одной из основных жизненных ценностей человека является ценность «здоровье». При этом понятие здоровья включает в себя не только соматический аспект, как здоровье физиологическое, но и психологическое здоровье. Как отмечает И. В. Дубровина понятие «психологическое здоровье» включает способность человека к самореализации, духовные качества, нахождение внутреннего смысла своего существования, в том числе в ключевых формах социальной активности: семейной и профессиональной (Дубровина, 1997). Таким образом, автор отмечает, что психологическое здоровье, а, следовательно, и здоровье в более широком понимании взаимосвязано с феноменом самореализации. Возникает вопрос, что понимать под феноменом самореализация.

Проблема самореализации является актуальной проблемой в современной психологии, что подтверждается большим вниманием авторов к данной проблематике. Сложность изучения данного феномена заключается в отсутствии единого подхода к его пониманию. Несмотря на то, что самореализация изучается достаточно давно, в психологической науке, анализ научной литературы, позволяет говорить, что в научном сообществе нет единой дефиниции данного понятия. Как отмечает С. И. Кудинов «одна из главных проблем теоретического осмысления феномена «самореализация», заключается в значительном многообразии подходов к пониманию природы данного явления» (Кудинов, 2007).

Впервые термин самореализация (self-realisation) приводится в словаре по философии и психологии изданном в 1902 году. Самореализация

определялась как – осуществление возможностей развития Я. В 1957 году в переизданной версии данного словаря данное определение осталось не измененным.

В работах Л. А. Корастылевой самореализация определяется как «...осуществление возможностей развития Я посредством собственных усилий, сотворчества, содеятельности с другими людьми (ближним и дальним окружением), социумом и миром в целом» (Л. А. Корастылева, 1997)

В. И. Чернов под феноменом самореализация понимает практическое осуществление человеком его задатков, способностей, дарований и черт характера через ту или иную сферу социальной деятельности с пользой для самого себя и, коллектива и общества в целом. Самореализация продолжается всю жизнь, но в ней можно выделить ряд конкретных актов – «пиков» глубоко индивидуального процесса самореализации (Чернов, 1996).

Говоря о самореализации Л. Н. Коган подчёркивается её социальный характер. С позиции автора, самореализация детерминирована обществом и свободным выбором человека. Л. Н. Коган связывает самореализацию с присвоением общественных связей и отношений, которые выступают критериями ценности для индивида в основных, общественно принятых, видах деятельности, которые может выбрать личность для самореализации. С точки зрения интересов общества, личность может считать себя реализованной, если её планы имеют общественно полезную направленность, следовательно, самореализация рассматривается через призму культурного развития, вбирает в себя психосоциальные, этические, мировоззренческие позиции (Коган, 1988).

В рамках системного подхода самореализация определяется как переход возможности в действительность, таким образом, самореализация есть форма, в которой человек обеспечивает собственное развитие, саморазвитие есть основание устойчивости человека как сложной, но целостной самоорганизующейся психологической системы (Э. В. Галажинский, В. Е. Клочко, 1999).

Иванов М. С. и Яницкий М. С. определяют самореализацию как воплощение личности и сознания в поведении. Самореализация, как психологический термин может употребляться в широком и узком значениях. Широкое значение феномена самореализации трактуется как процесс реализации себя человеком во всех возможных направлениях. В узком смысле самореализация – непосредственная реализация в поведении имеющихся целей в соответствии с уровнем развития (М. С. Иванов и М. С. Яницкий, 2004). Таким образом, можно сделать вывод, о том, что самореализация – это не просто воплощение личности и сознания в поведении, самореализация – это процесс достижения личностью практических результатов в деятельности (в поведении) за счёт реализации поставленных целей.

Цель нашей работы заключалась в исследовании взаимосвязи профессиональной самореализации педагога и жизненных ценностей. Исследование проводилось среди педагогов г. Новокузнецк из различных образовательных учреждений в количестве 170 человек. В работе нами были использованы следующие методики: тест по оценке уровня самоактуализации личности (САМОАЛ) в адаптации Н. Ф. Калиной (Фетискин, 2002), методика изучения ценностных ориентаций М. Рокича, в сочетании с методическим приёмом С. Р. Пантелеева (Серый, 1999), анкета «профессиональные достижения».

В ходе исследования были выявлены особенности иерархии жизненных ценностей педагогов г. Новокузнецка. Так, наиболее значимая ценность для педагогов – ценность здоровье (физическое и психическое) средний ранг данной ценности составил 3,4. Помимо ценности здоровья, в группе ведущих ценностей находятся: счастливая семейная жизнь (ранг 4,2), интересная работа (ранг 5,6), любовь, духовная и физическая близость с любимым человеком (ранг 6,6), а так же наличие хороших и верных друзей (ранг 7,9). В числе отвергаемых ценностей находятся следующие: развлечения, приятное времяпрепровождение, отсутствие обязанностей (ранг 15,9), красота природы и искусства, переживание прекрасного в природе и в искусстве (ранг 13,5), общественное признание, уважение окружающих, коллектива, товарищей по работе (ранг 13,2), счастье других, благосостояние, развитие и совершенствование всего человечества (ранг 12,7) и свобода (ранг 10,9).

Таким образом, исходя из полученных результатов, можно сделать вывод, что ценность здоровье является основополагающей ценностью для педагогов, данная ценность является самой значимой, следовательно, деятельность педагога, в том числе и профессиональная деятельность, взаимосвязано с ценностью здоровье.

В работе нами был проведен корреляционный анализ (вычисление критерия Пирсона) жизненных ценностей с показателями профессиональной самореализации: стремлением к самоактуализации, степенью реализованности ценностей и профессиональными достижениями педагогов.

Стремление педагогов к самоактуализации имеет значимые корреляционные взаимосвязи с некоторыми ценностными ориентациями личности. Значимая корреляция между стремлением к самоактуализации и ценностью продуктивная жизнь ($r=0,167$, при $p<0,05$) может означать, что стремление к самоактуализации связано с ценностью продуктивная жизнь, как к желанию максимально полно использовать свои возможности и способности. С увеличением значимости ценности продуктивная жизнь возрастает стремление педагогов к самоактуализации.

Обнаружена значимая взаимосвязь стремления к самоактуализации с ценностью творчество ($r=0,196$ при $p\leq 0,05$). Педагоги с высоким

стремлением к самоактуализации отводят значимую роль в своей жизни творчеству, возможностью заниматься творческой деятельностью, таким образом, творчество является для них значимой жизненной ценностью.

Стремление к самоактуализации имеет значимую обратную взаимосвязь со значимостью ценности материально обеспеченная жизнь ($r=-0,160$ при $p\leq 0,05$). Таким образом, можно сделать вывод, что для педагогов с высоким стремлением к самоактуализации ценность материально обеспеченная жизнь (как отсутствие материальных затруднений) имеет низкую значимость.

Прямой взаимосвязи ценности здоровье и стремления к самоактуализации мы не обнаружили, однако данные показатели взаимосвязаны через ценность материально обеспеченная жизнь. Стремление к самоактуализации имеет обратную взаимосвязь с ценностью материально обеспеченная жизнь ($r=-0,160$ при $p\leq 0,05$), которая так же имеет обратную взаимосвязь с ценностью здоровье ($r=0,199$ при $p\leq 0,05$). Таким образом, мы можем сделать вывод, о том, что стремление к самоактуализации взаимосвязано с ценностью здоровье, следовательно, чем большую значимость у педагогов имеет здоровье, тем выше у них стремление к самоактуализации.

Показатель степени реализованности ценностей имеет одну непосредственную взаимосвязь с жизненными ценностями педагогов. Материально обеспеченная жизнь имеет обратную взаимосвязь с реализованностью ценностей ($r=-0,227$, при $p<0,01$). Таким образом, можно сделать вывод, что для педагогов с высокой степенью реализованности жизненных ценностей, ценность материально обеспеченная жизнь (как отсутствие материальных затруднений) имеет низкую значимость. Исходя из полученных результатов, мы так же можем говорить об опосредованной взаимосвязи ценности здоровья и степени реализованности ценностей через ценность материально обеспеченная жизнь. Взаимосвязь ценности здоровья и материально обеспеченной жизни описана нами выше.

Профессиональные достижения педагогов имеют значимые корреляционные взаимосвязи с жизненными ценностями педагогов. Значимая корреляция между профессиональными достижениями и ценностью свобода, самостоятельность, независимость в суждениях и поступках ($r=0,161$, при $p<0,05$). Таким образом, чем выше профессиональные достижения педагога, тем более значимой для него является ценность свобода.

Обнаружена значимая взаимосвязь профессиональных достижений и ценности творчество, возможности творческой деятельности ($r=0,203$ при $p\leq 0,05$). Педагоги с высокими профессиональными достижениями отводят значимую роль в своей жизни творчеству, возможностью заниматься творческой деятельностью, таким образом, творчество является для них значимой жизненной ценностью.

Профессиональные достижения имеют значимую обратную взаимосвязь со значимостью ценности материально обеспеченная жизнь ($r=-,235$ при $p\leq 0,01$). Таким образом, можно сделать вывод, что для педагогов с высокими профессиональными достижениями не значима ценность материально обеспеченная жизнь (как отсутствие материальных затруднений).

Выявлена значимая взаимосвязь продуктивности деятельности и ценности развитие, работа над собой, постоянное физическое и духовное совершенствование ($r=0,168$ при $p\leq 0,05$). Можно сказать, что чем выше для педагогов ценность развитие, тем выше их профессиональные достижения.

Значимость ценности здоровье не имеет прямой взаимосвязи с показателями профессиональных достижений, однако, как и с показателями, стремление к самоактуализации и степень реализованности ценностей имеет опосредованную взаимосвязь с профессиональными достижениями через обратную корреляцию с ценностью материально обеспеченная жизнь.

Таким образом, по результатам проведённого исследования можно сделать несколько выводов. Во-первых, в основе активности человека вообще и профессиональной деятельности в частности лежат личностно значимые ценности. Ценностные ориентации представляют собой особые психологические образования, всегда составляющие иерархическую систему и существующие в структуре личности только в качестве ее элементов. Ценностные ориентации личности необходимо рассматривать в совокупности, учитывая субъективную важность всех ценностей.

Во-вторых, в современной психологии отсутствует единое представление о феномене самореализации. В рамках нашей работы мы понимаем самореализацию как процесс достижения личностью практических результатов в деятельности (в поведении) за счёт реализации поставленных целей.

В-третьих, нами были обнаружены значимые взаимосвязи профессиональной самореализации педагогов и жизненных ценностей. К значимым корреляциям профессиональной самореализации относятся такие жизненные ценности личности как: продуктивная жизнь (максимально использование своих возможностей, способностей), творчество (возможность творческой деятельности), материально обеспеченная жизнь (отсутствие материальных затруднений), развитие (работа над собой, постоянное физическое и духовное совершенствование), здоровье (физическое и психическое).

Литература

1. Дубровина И. В. Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы: руководство практического психолога [Текст] / под ред. И. В. Дубровиной. 2-е изд. М.: Издательский центр «Академия», 1997.

2. Иванов М. С. К проблеме оценки потенциала самореализации личности в процессе обучения [Текст] / М. С. Иванов, М. С. Яницкий // *Философия образования*, 2004. – № 3(11). – С. 233-241.
3. Иванов М. С. Модель напряжений самореализации и ее эмпирическая валидизация [Текст] / М. С. Иванов, М. С. Яницкий // *Сибирский психологический журнал*. – г. Томск, № 25, 2007. – С. 20-28.
4. Ключко В. Е., Галажинский Э. В. Самореализация личности: системный взгляд [Текст] / В. Е. Ключко, Э. В. Галажинский / Под редакцией Г. В. Залевского. – Томск: Издательство Томского университета, 1999. – 154 с.
5. Коган Л. Н. Человек и его судьба [Текст] / Л. Н. Коган. – М.: изд-во «Мысль», 1988. – 283 с. – С. 102.
6. Коростылева Л. А. Проблема самореализации личности в системе наук о человеке [Текст] / Л. А. Коростылева. – СПб.: Издательство С.-Петербургского университета, 1997. – С. 4.
7. Серый А. В. Ценностно-смысловая сфера личности [Текст] / А. В. Серый, М. С. Яницкий. – Учебное пособие. – Кемерово: Кемеровский государственный университет, 1999 – 92 с.
8. Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г. М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М., 2002. С. 426-433.
9. Чернов В. И. Самодетерминация и внутренняя мотивация поведения человека [Текст] / В. И. Чернов // *Вопросы психологии*. – 1996. – №3. – С. 47.
10. Яницкий М. С. Ценностные ориентации личности как динамическая система [Текст] / М. С. Яницкий. – Кемерово: Кузбассвузиздат, 2000. – 204 с.

ПСИХОТЕХНОЛОГИИ ФОРМИРОВАНИЯ ЦЕННОСТНОГО ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ У ЛИЦ С ЗАВИСИМОСТЯМИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

А. С. Петров

КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1»

Создание действенной системы реабилитации является самой актуальной проблемой при оказании психиатрической и наркологической помощи. Осознавая необходимость наращивать эффективность реабилитации, профессиональное сообщество непрерывно осуществляет поиск новых организационных форм и психотехнологий. Стремление решить эту задачу подвинуло специалистов филиала №2 Красноярского краевого психоневрологического диспансера №1 проводить по специальной духовно-психологической программе выездные реабилитационные лагеря для лиц с зависимостью от психоактивных веществ.

Формируя духовно-психологическую программу реабилитационного лагеря мы исходили из того, что зависимость от психоактивных веществ это аутодеструктивный, растянутый во времени суицидальный жизненный сценарий, реализуемый личностью подавленной страхом перед

жизнью в специфической субкультуре и человек будет защищен от употребления наркотиков и различных видов зависимости от психоактивных веществ в том случае, если будут развиты его духовные, личностные, средовые ресурсы.

При разработке программы учитывалось, что в основе зависимого поведения лежат такие личностные особенности в совокупности определяемые, как инфантильность. Главным становится задержка формирования ядра личности-самосознания, с недостаточностью чувства реальности, диффузной эмоциональной лабильностью и поверхностью эмоций, недифференцированными отношениями с другими, слабостью волевых функций, сниженной способностью к активной целенаправленной деятельности, недостаточностью критики к своему поведению.

Эти личностные особенности больных зависимостями от ПАВ предопределили групповую терапию, как наиболее адекватный подход для таких целей реабилитации, как дезактуализация патологического влечения к психоактивным веществам, коррекция структуры личности и обеспечение позитивного личностного развития, повышения уровня социального функционирования. Применение групповой психотерапии для реабилитации больных с зависимостями не вызывает сомнений, однако ее эффективность остается недостаточной, поэтому для усиления психотерапевтического воздействия, программа лагеря построена на принципах интегративной психотерапии, где эклектический подход является одним из элементов, объединяющий конкретные лечебные методы из разнородных источников.

Выбор и практическое применение той или иной психотехнологии в работе с лицами с зависимостями от психоактивных веществ определялся с учетом ее соответствия принципами хорошо сформулированным А. Маслоу:

- каждая личность уникальна;
- люди – мыслящие существа и активно планируют свое личностное развитие;
- люди от рождения обладают иерархией высших ценностей и соответствующими потребностями к их осуществлению;
- главная потребность человека – это потребность к самоактуализации (Маслоу А., 1997).

Целью реабилитационной работы является создание условий, когда человек получает возможность развиваться, как здоровая эффективная личность, способная справляться с проблемами и стрессами повседневной жизни, самостоятельно принимать решения, касающиеся собственного здоровья, быть ответственным за свою жизнь, то есть следовать принципам здорового образа жизни.

Описанные психотехнологии, направленные на формирование ценностного отношения к здоровому образу жизни являются одним из этапов

реабилитации и проводятся после выполнения основного массива психотерапевтической работы. Необходимо пояснить, что их эффективность реализуется только при условии использования в структуре единой реабилитационной программы, которая в связи с ориентацией по мимо биологического, психологического и социального уровней на духовный уровень, шире общепринятой концепции реабилитации, так как по своим целям и задачам ближе к неоабилитации (нео -новый, *abiliti* – способности), смысл которой – формирование новой, более зрелой личности, через развитие качественно новых способностей и личностный рост (Россинский Ю. А., 2007).

Важно, чтобы к моменту использования данных психотехнологий участник группы за счет предшествующей многодневной, практически «марафонской», непрерывной духовно-психологической работы, вызывающей интенсивные эмоции, изменения восприятия и необычные мыслительные процессы был подведен к психологическому состоянию близкому к духовному пробуждению, проживанию трансформационного кризиса, затрагивающего само ядро структуры личности.

В начале группового психотерапевтического сеанса ведущий лаконично излагает информацию о концепции конструктивного и деструктивного стилях жизни, основной смысл которой сводиться к тому, что конструктивный стиль жизни определяет развитие личности прогрессивного характера, то есть реальное устойчивое развитие, движение в направлении к реализации своей миссии. Тогда жизнь выстраивается человеком, как последовательное выполнение интересных и полезных различных творческих проектов, конкретных дел. Можно согласиться с Джимом Роном, который считает, что «Стиль жизни – это умение уловить каждый момент, который способен внести нечто новое в процесс нашего становления как личности» (Джим Рон, 2010). Основой конструктивного стиля жизни является здоровый образ жизни, определяющий духовное, психологическое, физическое и социальное благополучие. Формирование образа жизни, способствующего укреплению здоровья человека, кроме социальных и инфраструктурных составляющих, определяется в первую очередь, системой ценностных ориентиров человека, четкой регламентацией бытового уклада.

Стиль жизни определяется жизненным сценарием, то есть подсознательным жизненным планом. Концепция жизненных сценариев, хорошо представленная Э. Берном, позволяет направить психотерапевтическую работу на изменение деструктивной стратегии (Берн Э., 2001). В тоже время объяснения причин аутодеструктивного жизненного сценария наркоманов, алкоголиков, которые постепенно убивают себя установками, полученных от негативного влияния родителей, в частности «Не живи (Сгинь, Умри)» в определенной мере, размывает осознание ответственности за свое поведение. Поэтому, при работе с жизненным сценарием

полезна позиция М. В. Розина, который утверждает: «Иногда человек сам стремится к несчастьям, однако его ведут не предсказания родителей, под которые подгоняется вся жизнь, а особая эстетическая потребность, иногда осознанная, иногда нет – потребность в том, чтобы жизнь предстала как гармоничное сюжетное художественное произведение. Для Э. Берна сценарий – это изначально заданная, неизменная структура. С моей точки зрения, человек в течение всей своей жизни «сочиняет себя», ассимилируя происходящие с ним события, создавая события искусственные, часто бросая один сюжет и переходя к другому» (Розин М. В., 1992).

Проводя дискуссию по проблеме изменения стиля жизни, то есть в определенном смысле поведения, полезно воспользоваться схемой, иллюстрирующей психологическую динамику процесса изменения поведения через изменения ценностей в виде последовательного цикла, при этом соглашаясь, что ценностью считается то, для достижения чего человек готов использовать свои ресурсы: время, деньги, энергию и т. д. (Аткинсон М., 1995). Кратко описать этот процесс можно следующим образом: ценности связаны с поведением посредством убеждения. То есть у человека есть некоторые убеждения относительно того, что конкретное поведение отражает соответствующие ценности, а что другое поведение их не отражает. Это значит, что поведение может быть изменено посредством изменения ценностей человека, либо посредством изменения убеждения. Со всеми ключевыми ценностями и убеждениями тесно связаны высоко ценимые критерии, которые для человека являются критериями оценки того, достигнута данная ценность или нет. Действуя, человек создает положительный или отрицательный результат. Рефлексия позволяет почувствовать, с учетом высоко ценимых критериев, движется ли человек, действуя тем или иным образом к достижению ценности. Очень часто для достижения ценности необходимо приложить максимум целенаправленных усилий, что неизбежно требует ответа на вопрос, а зачем человеку это надо? То есть понять личностный смысл поведения. В ходе анализа психологического содержания процесса формирования ценностей у членов группы возникает понимание того, что накапливая опыт, человек осознает потребность в изменении ценностей и убеждений, что в свою очередь создает условия для изменения поведения.

Участникам группы в целях углубления в заявленную тему предлагается провести исследование особенностей своего потенциала здоровья с использованием теста «Сколько я проживу?». При работе с тестом достаточно очевидно прослеживается связь сокращения продолжительности жизни с такими негативными явлениями, как гиподинамия, избыточный вес, избегание создания семьи, отказ от развития содержательных дружеских отношений, беспорядочная половая жизнь, отсутствие постоянного

источника доходов, курение, употребление алкоголя, наркотиков. Данное тестирование опосредованно помогает заметить свои поведенческие ошибки, что позволяет на следующих этапах психотерапевтической работы прийти к осознанному желанию следовать принципам здорового образа жизни.

Далее проводится мозговой штурм по теме «Стиль жизни». В эмоционально интенсивном ключе группа находит отличия конструктивного стиля жизни с развитием личности прогрессивного характера от деструктивного стиля жизни с развитием регрессивного характера. При обсуждении темы важно подвести группу к пониманию, что прогрессивное развитие личности возможно только при здоровом образе жизни, что образ жизни должен быть укрепляющим, аскетичным (самоограничительным), волевым, эстетичным, нравственным. Необходимо подчеркнуть, что организм – это самоисцеляющийся механизм, а добрый смех и радость могут лечить.

После мозгового штурма проводится анкетирование по определению стиля жизни. Анкетирование направлено не столько на оценку реального поведения, сколько на опосредованное стимулирование его изменения в пользу конкретных регулярных дел, соответствующих правилам здорового образа жизни. В анкете необходимо выбрать вариант ответа соответствующий поведению, после чего подчитать сумму баллов, сложив итог колонки с ответами НЕТ с итогом колонки с ответами ДА.

Балл	Ответ НЕТ	Вопрос	Ответ ДА	Балл
-1	нет	Совершаете ли Вы ежедневные прогулки на свежем воздухе (быстрым шагом не менее 30 минут)?	да	+2
-1	нет	Стремитесь ли Вы поддерживать свой вес оптимальным (соотношение: рост минус 100 плюс 5кг.)?	да	+1
-1	нет	Соблюдаете ли Вы правила рационального питания (преобладание в питании свежих овощей, фруктов, снижение количества мучного, сладкого, соли, разгрузочные дни)?	да	+1
-1	нет	Делаете ли Вы регулярно какую – либо оздоровительную гимнастику (растяжки, аэробика, дыхательная гимнастика, оздоровительный бег, гимнастика с отягощением и т. д.)?	да	+2
-1	нет	Читаете ли Вы литературу по вопросам здорового образа жизни?	да	+1
0	нет	Выбираете ли Вы активный отдых в период отпуска, выходных дней (лыжные прогулки, велопробеги, таежный туризм, охота, рыбалка и т. д.)?	да	+1
-2	нет	Стремитесь ли Вы поддерживать спокойствие в семье?	да	+2
-3	нет	Воздерживаетесь ли Вы от курения?	да	+2
-1	нет	Вы ощущаете свою жизнь, наполненной смыслом?	да	+1
0	нет	Умеете ли Вы сохранять хорошее настроение (оптимизм)?	да	+1

-2	нет	Стремитесь ли Вы воздерживаться от употребления алкоголя?	да	+2
-1	нет	Умеете ли Вы получать радость от труда?	да	+2
0	нет	Соблюдаете ли Вы режим сна (сон в привычные часы, продолжительность 6-8 часов)?	да	+1
-1	нет	Стремитесь ли Вы овладеть навыками психической саморегуляции (аутогенная тренировка, позитивное мышление, самовнушение, психологические настрои и т. д.)?	да	+2
0	нет	Паритесь ли Вы регулярно в русской бане, сауне?	да	+1
-1	нет	Хотели бы Вы посещать занятия группы по развитию навыков здорового образа жизни?	да	+1
	итог		итог	

Данная анкета помогает оценить особенности своего поведения, способствующих или препятствующих здоровому образу жизни. Таким образом, по степени выраженности аутодеструктивных тенденций можно выделить 4 варианта стиля жизни:

- 1) 20-10 баллов – конструктивный стиль жизни, человек хорошо контролирует свое поведение, риск заболеваний минимален;
- 2) 10-0 баллов – стиль жизни со сниженным контролем за своим поведением, риск заболеваний средний;
- 3) 0 – (-5) баллов – стиль жизни, которому присуще безразличие к своему здоровью, повышенный риск заболеваний
- 4) -6 – (-10 и более) – стиль жизни с максимально выраженным саморазрушительным поведением, риск заболеваний крайне высокий

Участники группы в ходе обсуждения итогов анкетирования направляются ведущими к осознанию ценности здорового образа жизни с формированием чувства искренней потребности в ежедневной четкой регламентации своей жизни с включением всего набора мероприятий, развивающих потенциал духовного, психологического и физического здоровья, как основы для достижения позитивных целей.

Следующий шаг, развивающий достижения предыдущих этапов работы, создание символического «Круга силы и здоровья». Участники получают задание найти камни необычной формы, яркого цвета, с различными блесками, цветными прожилками. При выборе камня важно ощутить его «притяжение», он должен стимулировать позитивные чувства и воображение. Поясняется, что каждый камень это обязательно часть «Матери Земли, Природы», в которой заключена ее добрая безграничная сила, которая может при определенных условиях передаваться человеку, стимулируя его защитные силы. Размеры камня должны быть достаточно большими, чтобы он смотрелся внушительно, но при этом его можно было легко перенести обычному человеку. Камень кладется в центр группы. Участники поочередно кратко высказываются о том, с каким позитивным чувством ассоциируется камень. Так все камни

оказываются в центре группы, образуя красивую композицию в виде круга. Размеры круга должны позволять в нем плотно разместиться всей группе, когда участники последовательно обнимают друг друга, образуя фигуру, напоминающую «листья капусты». После того, как завершено обсуждений ассоциаций и чувств, вызванных работой с камнями, группа входит в «Круг силы и здоровья». Ведущий проводит транс с формированием ощущений особой духовной и физической силы, которая рождается в «Круге». В трансовом состоянии подчеркивается, что эта добрая сила идет на развитие личности, на выбор каждым участником решений в пользу конструктивного созидательного стиля жизни, укрепления духовного, психологического и физического здоровья. По завершению трансa группа осторожно выходит из круга и ведущий просит осознать, что теперь все вместе они создали особое место «Круг силы и здоровья». «Круг» остается до завершения работы группы и используется для периодического закрепления позитивных изменений в состоянии членов группы при окончании психотерапевтических сеансов.

Резюмируя, проделанную участниками группы внутреннюю работу необходимо создать установку на потребность к формированию нового жизненного сценария, определяющего поведение, ориентированного на здоровый образ жизни. Решение этой задачи возможно, если опять же опереться на точку зрения М. В. Розина, который поясняет: «И, наконец, с точки зрения Берна, сценарий мешает человеку жить, это бессознательная, механистическая структура, которая держит человека в рабстве. Разрушить сценарий – вот путь к освобождению. Я же, напротив, полагаю, что создание сценария – поэтического способа осмысления жизни – это проявление творческого – начала человека. Только когда сценарий создан, человек может почувствовать себя свободным и счастливым» (Розин М. В., 1991).

Следует учитывать, что не смотря, на тщательную проработку описанных психотехнологий все же, это только эскиз психотерапевтической работы. В реальной тренинговой ситуации все очень изменчиво и зависит от состава группы, ее психологической динамики. Кроме того, проводя работу по формированию ценностного отношения к здоровому образу жизни необходимо учитывать, что «никакие изменения невозможны без трансформации личности» (Деминг Э., 2006), и в тоже время, как известно изменения происходят только тогда, когда люди сами хотят изменений.

Литература

1. Атkinson М. Материалы семинара «Мастер – практик НЛП», 1995.
2. Берн Э. Игры в которые играют люди. – Екатеринбург: ЛИТУР, 2001.
3. Деминг Э. Новая экономика. – М.: Эксмо, 2006.
4. Дудко Т. Н. Руководство по наркологии/ Под ред. Н. Н. Иванца. – М., 2002. – Т. 2.
5. Джим Рон. Семь стратегий достижения богатства и счастья. М.: ФАИР, 2010.
6. Маслоу А. Психология бытия. – М.: Релф-бук, 1997.

7. Россинский Ю. А. Концепция развития психического здоровья и стратегии развития свойств антинаркотической устойчивости личности // Психическое здоровье. – 2007. – № 6.
8. Розин М. В. Психология судьбы: программирование или творчество // Вопросы психологии. – 1992. – № 1.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ И СРЕДСТВА ФОРМИРОВАНИЯ ЦЕННОСТНОГО ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ У ПОДРОСТКОВ

О. А. Сидоренко

*ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ*

Проблема здоровья подрастающего поколения, в современном обществе на сегодняшний день является одной из самых актуальных. Период взросления, который приходится на пребывание ребенка в образовательных учреждениях, оказался периодом, в течение которого происходит существенное ухудшение здоровья детей и подростков. Традиционно эффективность образовательного процесса оценивается преимущественно по достижениям детей. Однако эффекты образовательного процесса лежат не только в предметных областях, но в том числе и в сфере здоровья ребенка. Однако далеко не все школы рассматривают как образовательную задачу формирование у детей и подростков ценностного отношения к своему здоровью, воспитание культуры здоровья, развитие у них мотивации на ведение здорового образа жизни.

Нам все же представляется, что человек в процессе получения образования должен научиться заботиться о себе и своих физических, социально-психологических и духовных ресурсах, которые ему будут нужны в течение всей жизни. Иными словами, должны быть сформированы ценностное отношение к здоровью и соответствующие компетенции у выпускников, позволяющие им самостоятельно заботиться о безопасности жизни, сохранении и развитии своего здоровья.

Следует отметить что понятие «отношение к здоровью» еще относительно ново и мало разработано в психологической науке. Вслед за Т. В. Белинской мы рассматриваем ценностное отношение к здоровью как внутреннюю позицию человека, отражающую многообразные его связи с факторами среды жизни, оказывающими воздействие на здоровье в целом и его отдельные аспекты – физический, психический, эмоциональный, интеллектуальный и духовный, имеющие личностную и (или) социальную значимость. Обсуждая феномен ценностного отношения к здоровью, ученые отмечают, что в данном случае речь однозначно идет о внутренней детерминации поведения, о ценности здоровья для себя, исходя из личной значимости.

Продуктивным для обсуждения путей и средств формирования ценностного отношения к здоровью является понимание многокомпонентной структуры отношения к здоровью, включающей:

- когнитивный компонент характеризует знание о своем здоровье, понимание роли здоровья в жизнедеятельности, знания основных факторов, оказывающих как негативное (повреждающее), так и позитивное влияние на здоровье субъекта;
- эмоциональный компонент отражает переживания и чувства человека, связанные с состоянием его здоровья, а также особенности эмоционального состояния, обусловленные ухудшением самочувствия;
- мотивационно-поведенческий компонент определяет место здоровья в индивидуальной иерархии ценностей субъекта, особенности мотивации в области здорового образа жизни, а также характеризует особенности поведения в сфере здоровья, степень приверженности человека здоровому образу жизни, особенности поведения в случае ухудшения здоровья.

Таким образом, для того, чтобы управлять своим здоровьем, подростку необходимо сформировать ценностное к нему отношение, взять на себя ответственность за свое здоровье, получив при этом необходимую сумму знаний. Чтобы стать основой повседневной деятельности и поведения, знания о здоровье должны осознаться. Это осознание происходит в процессе их «прочувствования» и эмоционального «переживания», закрепляется в ходе выполнения специальных здоровьесберегающих упражнений и здоровьесформирующей практической деятельности, что обеспечивает личную значимость этих знаний, их осмысление и формирует субъектное ценностное отношение личности к здоровью.

Эмоционально-чувственное отношение создает тот фон, на базе которого формируются потребности и мотивы, предопределяющие психологическую готовность к здоровьесформирующему типу деятельности, развивается способность личности к анализу собственного поведения в социоприродной среде. В то же время отметим, что процесс формирования ценностного отношения к здоровью происходит через самопознание, самосохранение, саморазвитие личности, через гармонизацию отношений человека с самим собой, с окружающими людьми, с природой, через постоянный; духовно-нравственный поиск, обращенный и к себе, и к миру.

Психологическая сущность процесса формирования ценностного отношения к здоровью, по мнению отдельных исследователей, заключается в многократном повторении последовательных изменений на уровне сознания и поведения личности (Татарникова, 1995):

- изменения в подструктурах сознания, определяющих поведение;
- изменение состояния организма на эмоциональном уровне;
- осознание собственного состояния и поиск его причин;
- позитивное изменение отношения к здоровью;

- позитивное изменение поведения в области здоровья;
- использование новых позитивных способов поведения;
- превращение новых способов поведения в привычные.

Механизмом развития ценностного отношения к здоровью является целенаправленная активная деятельность субъекта по разрешению противоречия между осознанием ценности здоровья и реальным поведением. Действие указанного механизма опосредовано психологическими составляющими (внутриличностными условиями и средствами) развития ценностного отношения к здоровью.

Внутриличностными условиями, влияющими на результат развития ценностного отношения к здоровью выступают индивидуальные характеристики (уровень субъективного контроля, самооценка, уровень притязаний, мотивация к успеху и избеганию неудач) как основа своеобразия реакции личности на воздействия извне; потребности (в первую очередь, потребность в здоровье) как форма связи организма с внешним миром; усвоенные нормы, ценности и эталоны как составляющие прошлого опыта личности, определяющие специфику исходного отношения к здоровью.

Теоретический анализ литературы позволил определить следующие критерии проявления ценностного отношения к здоровью у детей подросткового возраста: осознание здоровья как общечеловеческой ценности, потребность в его сохранении и укреплении; степень осведомленности или компетентности в сфере здоровья, знание основных факторов риска и антириска, понимание роли здоровья в обеспечении активной и продолжительной жизни; проявление ценностного отношения к здоровью в поведении, деятельности и общении учащихся; степень сформированности мотивации на сохранение и укрепление здоровья.

Для изучения характера ценностного отношения к здоровью у подростков нами было проведено эмпирическое исследование, в ходе которого применялись следующие методики: экспресс – диагностика ценностных представлений о здоровье (Ю. В. Науменко); опросник «Отношение к здоровью» (Р. А. Березовская); тест «Какое у тебя здоровье?» (Т. В. Орлова).

Анализ результатов по методике «Экспресс – диагностика ценностных представлений о здоровье Ю. В. Науменко показал преобладание у подростков ресурсно-прагматического типа ценностного отношения к здоровью.

Качественный анализ результатов исследования по методике «Исследование отношения к здоровью» Р. А. Березовской. позволил получить следующие результаты по различным уровням отношения к здоровью:

На когнитивном уровне – большинство подростков (66,6 %) осведомлены о сфере здоровья на среднем уровне, не знают основные факторы риска, однако проявляют понимание роли здоровья в обеспечении активной и продолжительной жизни.

На эмоциональном уровне отношение к здоровью у подростков характеризуется следующими переживаниями: когда со здоровьем у подростков все благополучно, подростки испытывают следующие чувства: ничего не угрожает – 33,3 % подростков, спокойствие – 75 % подростков, ничего не беспокоит – 41,7 % подростков. Следует отметить, что безразличное отношение к здоровью отметили 25 % подростков. Таким образом, качественный анализ ответов на эмоциональном уровне позволяет сделать вывод об оптимальном уровне тревожности по отношению к своему здоровью, однако у подростков отсутствуют умения радоваться благополучию в состоянии здоровья.

На поведенческом уровне – подростки в большинстве случаев не соотносят свои действия и поступки с требованиями здорового образа жизни, о чем свидетельствуют следующие результаты исследования: не считают соблюдать режим сна и отдыха 41,7 % подростков; избегают вредных привычек только 25 % подростков, никто из подростков не посещает врача в профилактических целях; занимаются физическими упражнениями и посещают спортивные секции 25 % подростков.

На ценностно-мотивационном уровне – мотивация на сохранение и укрепление здоровья выражена незначительно, значимость здоровья в иерархии ценностей не достигает высокого уровня. В исследуемой группе подростков здоровье по результатам ранжирования занимает 5 позицию из 7.

Результаты исследования по тесту: «Какое у тебя здоровье?» Орловой Т. В. позволяет сделать вывод, что большинство подростков ведут недостаточно здоровый образ жизни (58,33 % подростков). К нарушению здоровья приводит образ жизни у 25 % подростков.

Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать вывод о недостаточно сформированном отношении подростков к здоровью как ценности.

С целью формирования ценностного отношения к здоровью была разработана программа. Цель программы – формирование у подростков ценностного отношения к здоровью и ценности здорового образа жизни. Ценность здоровья можно рассмотреть с позиции трех смысловых ракурсов – через когнитивную, эмоциональную, и мотивационно-поведенческую составляющие, что позволило нам сформулировать следующие психолого-педагогические условия формирования ценностного отношения к здоровью у подростков:

- информационное обеспечение подростков, обогащение их знаний о здоровье, об основных факторах риска, антириска, актуализация ценности здоровья;
- осуществление рефлексии эффектов занятия, анализа своего отношения, собственной осредствленности в сохранении здоровья;
- включение подростков в субъект-субъектное взаимодействие с использованием дискуссий, упражнений, ролевых и имитационных

игр, моделируемых ситуаций, направленное на развитие способов поддержания здоровья, моделирование поведения подростков, направленного на здоровый образ жизни.

Проведенное исследование после проведения занятий, направленных на формирование ценностного отношения к здоровью у подростков, показало, что в экспериментальной группе преобладает высокий уровень ценностного отношения к здоровью – личностно-ориентированный – 58,3 % подростков. Данный показатель увеличился в сравнении с исходным этапом исследования на 41,6 %. В экспериментальной группе отсутствуют подростки с адаптивно-поддерживающим типом ценностного отношения к здоровью.

На контрольном этапе опытно-экспериментальной работы значительно изменилось количество подростков, ведущих здоровый образ жизни с 16,7 до 41,7 % подростков. Если на констатирующем этапе исследования 25 % подростков вели образ жизни, влекущий нарушение здоровья, то после формирующего эксперимента только 8,3 % подростков ведут данный образ жизни.

Таким образом, разработанная и реализованная нами программа по формированию ценностного отношения к здоровью у подростков, предусматривающая реализацию заявленных психолого-педагогических условий и средств, подтвердила свою эффективность, о чем свидетельствуют доминирование личностно-ориентированного типа ценностного отношения к здоровью у подростков экспериментальной группы, повышение знаний о здоровье, здоровом образе жизни, более осознанное ведение здорового образа жизни.

Литература

1. Белинская Т. В. Психологические составляющие развития ценностного отношения к здоровью у студентов педагогического вуза: Автореф. дис.. канд. психол. наук. – М., 2005.
2. Дидук И. А. Воспитание ответственного отношения младших подростков к здоровью как общественной ценности: Автореф. дисс. канд. пед. наук. – Смоленск, 2007.
3. Татарникова Л. Г. Педагогическая валеология: генезис и тенденции развития. – СПб., 1995.

КРИТЕРИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

Л. Б. Соколовская

*ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ*

В проблеме психологического здоровья вопрос о критериях его оценки является очень важным. Если оценка здоровья на уровне организма находит в медицине удовлетворительное решение, то в отношении

психологического здоровья об этом говорить преждевременно. «Предлагаемые в этом плане решения нередко оказываются уязвимыми для критики. Это связано со сложнейшей организацией внутреннего мира человека. Ясно одно, что каким-то одним критерием не исчерпать всей сути вопроса . . .», – пишет Г. С. Никифоров (Никифоров Г, 2003).

В способности познавать истину Декарт видел здоровье души, а Гельвеций считал, что отличительный признак здорового ума заключается в его способности правильно осуществлять сравнения сходств и различий, соответствий и несоответствий между различными предметами. Если в здоровом человеке между его двумя «я», субъективным и объективным, существует правильное, нормальное отношение, то в больном – эта связь нарушена. Одним из определяющих критериев психологического здоровья, довольно часто применяемым в различных психотерапевтических методиках, является сопоставление образа реального Я с образом идеального Я, то есть с представлением о том, каким человек хотел бы быть. Высокую степень совпадения реального Я с идеальным принято считать хорошим показателем психологического здоровья (Бернс Р., 1986.) Для психологически здорового человека неприемлемы идеи заброшенности, одиночества, пессимистические настроения. Он обладает достаточным запасом жизненных сил, позволяющих ему поддерживать духовную бодрость и придерживаться оптимистических идеалов. Современные западные психологи считают, что самоуважение и степень выраженности тревожности являются одними из самых информативных показателей психологического здоровья. Позитивно настроенные люди, которые имеют ясные цели в жизни и, соответственно, не склонны мучить себя вечными сомнениями, неуверенностью, дурными предчувствиями и пессимизмом, имеют хорошие перспективы на укрепление и поддержание собственного здоровья.

Если задаться вопросом выделения среди уже известных критериев психологического здоровья наиболее важного, то «мы отдали бы предпочтение психическому равновесию», – пишет Г. С. Никифоров (Никифоров Г, 2003). С его помощью можно судить о характере функционирования психической сферы человека с различных сторон (познавательной, эмоциональной, волевой). «Аномалии в развитии личности наиболее ярко заявляют о себе, – добавляет он, – в проявлениях ее дисгармонии, утрате равновесия с социальным окружением, то есть в нарушении процессов социальной адаптации, сопряжения с социумом. Этот критерий органично связан с двумя другими: гармоничностью организации психики и ее адаптивными возможностями» (там же).

Что касается психического равновесия, то от степени его выраженности зависит, согласно В. Н. Мясищеву, уравновешенность человека с объективными условиями, его приспособленность к ним. Причем сама по себе уравновешенность, как поясняет ученый, это не какое-то

мертвое, застывшее в своем проявлении равновесие, а процесс, поступательное движение жизненно важных биологических и психических процессов. При этом уравновешенность человека и адекватность его реакций на внешние воздействия имеют, по мнению автора, большое значение в плане разграничения нормы и патологии (Мясищев В., 1995). У человека неуравновешенного, неустойчивого фактически нарушено равновесие, гармоничное взаимодействие между свойствами, лежащими в основе его личностного статуса. Только у уравновешенного человека мы наблюдаем проявления относительного постоянства поведения и адекватности его внешним условиям .

О. Н. Кузнецов и В. И. Лебедев, анализируя представления Ф. М. Достоевского о психологическом здоровье и нездоровье человека, называют некоторые признаки, которые могут, на их взгляд, рассматриваться в качестве критериев психологического здоровья: способность адекватного восприятия окружающей среды, осознанного совершения поступков, целеустремленность, активность, полноценность семейной жизни (Кузнецов О., 1994).

Теперь проанализируем те работы, авторы которых предпринимают попытку собрать вместе наиболее важные, по их мнению, критерии. Наиболее полный перечень критериев психологического здоровья представлен в работе Н. Д. Лакозиной и Г. К. Ушакова (Лакозина Н, 1976). Авторы относят к ним: причинную обусловленность психических явлений, их необходимость, упорядоченность; соответственную возрасту человека зрелость чувств; постоянство места обитания; максимальное приближение субъективных образов отражаемым объектам действительности; гармонию между отражением обстоятельств действительности и отношением человека к ней; соответствие реакций (как физических, так и психических) силе и частоте внешних раздражений; критический подход к обстоятельствам жизни; способность самоуправления поведением в соответствии с нормами, установившимися в разных коллективах; адекватность реакций на общественные обстоятельства (социальную среду); чувство ответственности за потомство и близких членов семьи; чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных обстоятельствах; способность изменять поведение в зависимости от смены жизненных ситуаций; самоутверждение в коллективе (обществе) без ущерба для остальных его членов; способность планировать и осуществлять свой жизненный путь.

Рассмотрим взгляд на критерии психологического здоровья Всемирной Организации Здравоохранения: осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического Я; чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях; критичность к себе и своей собственной психической продукции (деятельности) и её результатам; соответствие психических реакций

(адекватность) силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям; способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами; способность планировать собственную жизнедеятельность и реализовывать это; способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций (Бухановский А., 1998)

Остановимся на взглядах некоторых современных зарубежных специалистов на оценку психологического здоровья. Рифф С. и Киз С. (Ryff С., 1995) предложили критерии психологического здоровья (см. табл. 1).

Таблица 1

Критерии психологического здоровья (по С. Рифф и С. Киз)

Компоненты	Описание
Адекватная самооценка	Положительное отношение к себе
Позитивное отношение с другими	Доверие к другим и забота об их благополучии
Автономность	Способность мыслить и действовать независимо
Умение взаимодействовать со средой	Наличие чувства контроля; умение выбирать ситуации, соответствующие собственным потребностям и ценностям
Наличие цели в жизни	Чувство направления в жизни
Личностный рост	Вера в свою способность реализовать собственный потенциал

Р. Скиннер замечает, что здоровые душевно люди отличаются необыкновенно позитивным отношением к жизни и к другим людям. Они производят впечатление людей радующихся самим себе, друг другу и проявляющих открытость и дружелюбие к окружающим (Скиннер Р., 2001).

Рассмотрим вопрос о критериях психологического здоровья через призму гуманистической теории. В отличие от адаптационных теорий личности, многие из которых фокусируются на ошибках и провалах адаптации, гуманистическая психология сконцентрирована на изучении здоровых и творческих людей, на постижении конструктивных, созидательных проявлений человеческой природы, в чем и состоит ее научная специфика. В ее основе мы обнаруживаем отношение к личности как к абсолютной, бесспорной и непреходящей ценности. Такое фундаментальное отношение стало складываться в западном мировоззрении задолго до возникновения академической психологии, еще в эпоху Возрождения. Многие положения, составившие базис гуманистической парадигмы, были сформулированы такими великими мыслителями прошлого, как Данте, Петрарка, Бруно, Вико, Мор, Монтень. Следуя этой традиции, гуманистическая психология подчеркивает уникальность человеческой личности, поиск ценностей и смысла существования, а также свободу, выражающуюся в самоуправлении и самосовершенствовании.

Отметим, что идеи психологов-гуманистов получили свое новое развитие и осмысление в современной отечественной психологии: в трудах Б. С. Братусь, В. Я. Дорфмана, Д. А. Леонтьева, А. Б. Орлова, В. И. Слободчикова и других ученых.

К устойчивым характеристикам здоровой личности – критериям психологического здоровья человека, согласно гуманистической модели, могут быть отнесены следующие (Васильева О., 2001):

Самоактуализация, направленность личности на раскрытие своего творческого и духовного потенциала.

Полноценное развитие, динамизм и личностный рост. (Подразумевается готовность к жизненным переменам и внутренней трансформации, способность активно преодолевать трудности и препятствия на пути к целостности, восходя на более высокие уровни осознания и интеграции. Данные качества прямо противоположны психической ригидности человека).

Открытость опыту и изначальное доверие к процессу жизни. (Данная характеристика указывает на то, что сохранение самости и личностной целостности не требует от субъекта отказа от полноты переживания и жизненного опыта, что личность способна ассимилировать, принять негативные аспекты опыта, вместо того чтобы вытеснять их, и, наконец, что базовое доверие к миру сохраняется при любых невзгодах и испытаниях).

Способность к подлинному диалогу. (Как и предыдущая характеристика, это личностное качество предполагает преодоление защит; однако это условие необходимо, но недостаточное. Установление диалога неосуществимо без принятия Другого как безусловной ценности и уникальной целостности, без признания в Ты такого же подлинного и полноправного Субъекта, как и собственное Я. Это основа глубинного понимания, сопереживания и сотрудничества).

Свобода в переживании, самовыражении и самоопределении, без которой невозможно ни подлинное творчество, ни самостоятельная личностная позиция и которая непосредственно связана с такими качествами, как ответственность, искренность, конгруэнтность и самопринятие.

Осмысленность существования – поиск жизненного смысла или стремление жить осмысленно.

Целостность – это скорее высшая цель личностного развития и постоянно проявляющаяся тенденция к интеграции, нежели достигнутое и окончательное состояние. Здоровый человек всегда потенциально целостен, то есть направлен в своем становлении на обретение цельности и единства.

Ниже приведем перечень качеств для оценки личностной зрелости (термины «личностная зрелость» и «здоровая личность» мы также употребляем как синонимы). Перечень качеств составлен на основе характеристик самоактуализированной личности, предложенной А. Маслоу,

«моральных и духовных ценностей» – программ, разработанных для учебных заведений Лос-Анджелеса (Ананьев В., 2000).

Здоровая (зрелая) личность: поступает так, чтобы заслужить любовь ближнего своего; делает добрые дела и не ждет выгоды от этого; автоматически не возмущается критикой, так как понимает, что она может содержать предложения для самосовершенствования; не перекладывает вину на других и не критикует, пока не разберется в сути дела; несет ответственность за свои действия и решения и не обвиняет других, когда что-то идет не так; проигрывает по-хорошему, принимая поражения и разочарования без жалоб и злости; адекватно воспринимает и относится к реальности, избегая иллюзий, предпочитает иметь дело с действительностью, пусть неприятной; способна оставаться верной своей цели и перед лицом больших трудностей (например, непопулярности, отвержения); не выходит из себя и не позволяет себе «биться головой о стену» по пустякам; обладает более автономной системой ориентации, имеет собственное мнение; независима от культуры и среды, умеет «трансцендировать» любую частную культуру; не хвалится и ничего «не строит из себя», а когда ей делают комплименты, принимает их красиво и без ложной скромности; не беспокоится преждевременно о том, что от нее не зависит, и примиряется с неизбежным; постоянно и четко видит различия между целью и средством ее достижения, добром и злом; способна устанавливать тесные эмоциональные отношения, например, с друзьями или близкими людьми; обладает чувством этики и философским, невраждебным юмором; живет спонтанно, просто, естественно, синхронно с жизнью; имеет опыт переживания высших состояний; сфокусирована на проблемах вне себя; терпелива, потому что знает: «рана заживает постепенно»; обладает высокой степенью принятия себя, других, в том числе различных сложностей человеческой природы; обладает способностью постоянно по-новому видеть обычные вещи, ее оценка отличается свежестью; демократична, способна учиться у кого угодно, если есть чему; обладает чувством принадлежности ко всему человечеству, хотя видит недостатки его; креативна, изобретательна в своей области, а не просто следует установленному пути; черпает энергию, силу, вдохновение из жизни, природы, общения с прекрасным; составляет разумный план и старается по порядку его реализовать.

Стремление к воспитанию в себе приведенных качеств, способствует психологическому здоровью человека.

Гуманистическая психология, постигая закономерности самореализации человека, подходит к пределам индивидуального существования, за которыми открывается безграничное поле общечеловеческого опыта. Это область психологии, граничащей с религиозным сознанием, в которой совершается переход от изучения конкретной личности к постижению глубинной сущности человека.

Можно сказать, что в постижении глубинной сущности человека всплывают те аспекты индивидуального бытия, которые по своей природе являются надличностными и составляют особый духовный потенциал, реализующийся в предельных или пограничных состояниях и ситуациях. То есть для его реализации субъекту необходимо выйти за пределы обыденного сознания и подойти к границам своего индивидуального существования, открывшись опыту более высокого порядка.

Известным западным направлением в психологии, выходящим за пределы человеческого самоопределения и самоактуализации, является трансперсональная психология. Предтечей трансперсонального движения считается К. Юнг. Ему удалось обнаружить в глубинах коллективного бессознательного универсальную, общую для всех людей, независимо от расовой и национальной принадлежности интегрирующую структуру психики, которую К. Юнг обозначил как Самость, центральный архетип целостности и порядка. По мнению ученого, предназначение человека состоит в обретении высшей психической и духовной целостности, которая потенциально заключена в архетипе Самости (целостность – это важнейший критерий психологического здоровья человека). Обретенная Самость – это примирение исконных внутриличностных противоположностей, интеграция сознательного и бессознательного, индивидуального и коллективного. Индивидуальный путь человека к Самости К. Юнг определил как Индивидуацию – непрекращающийся на протяжении жизни процесс психологического и духовного синтеза (Юнг К., 2002).

К. Юнг и С. Гроф в своих учениях стремились интегрировать научное мировоззрение современной эпохи и древние эзотерические, мистические и религиозные традиции человечества. С другой стороны, необходимо прислушаться к мнению известных российских психологов о необходимости «реинтерпретировать, переосмыслить классические учения психологии, такие как фрейдизм, юнгианство и др., которые внесли свою неоспоримую лепту в «нарастающее безумие современной цивилизации» (Абраменкова В., Слободчиков В., 2001).

Совсем отличный путь от опыта трансперсоналистов, ведущий к (само)развитию личности, обращению к глубинной (родовой) сущности человека и человечества и способствующий психологическому здоровью, обозначен некоторыми психологами-гуманистами как феномен самотрансценденции. Первым из крупных представителей гуманистической психологии обратил внимание на опасность, которую таит для самой же психологии игнорирование феномена самотрансценденции, был Франкл (Франкл В., 1990). Обстоятельства диспропорциональности, перекоса в отношении идей самоактуализации и самотрансценденции он имел в виду, когда спрашивал: «насколько гуманистична гуманистическая психология?». Критерии саморазвития и самоактуализации вне

связи с феноменом самотрансценденции являются недостаточными для становления психологического здоровья человека. Это связано с потенциальным риском эгоцентризма, не могущего привести человека к полноте жизненного осуществления.

Необходимо заметить, что гуманитарно-психологическое представление о личности как субъекте своего развития рассматривает в качестве механизма развития личности рефлексии, а в качестве процесса развития – трансцендирование, то есть сознательное самопреобразование человека. Самотрансценденция означает для человека – находиться в отношении к чему-то, быть направленным на что-то, нежели он сам. В более категоричной форме, у автора, эта мысль звучит в утверждении: «быть человеком – значит быть направленным не на себя, а на что-то иное», например в служении делу или в любви к другому человек осуществляет себя. Можно сказать что, осуществляя свои жизненные смыслы, люди трансцендируют.

Обращения к смыслам занимают центральное место в трудах В. Франкла. Среди стремлений, свойственных человеку, ученый выделяет и полагает особое фундаментальное, экзистенциальное стремление – стремление к смыслу, без которого человек не может быть и оставаться человеком как таковым. Поэтому удовлетворение базовых потребностей человека в удовольствии, счастье, самоактуализации происходит как следствие стремления и реализации жизненного смысла. Выше мы уже обращались к понятию смысла более подробно в определении существенных характеристик психологического здоровья.

Возможно, что о феномене самотрансценденции идет речь и у В. И. Слободчикова. В книге «Начала христианской психологии» он вводит понятие индивидуального духа, который способен дать особый способ существования – духовный. Тогда основным определением «духовности» оказывается личная независимость от всего органического (телесного) и неорганического (обыденного), свобода от принуждения и давления всего, что относится к «жизни», в том числе и от «душевных структур», ее влечений, пристрастий и прельщений. И это есть подлинная внутренняя, духовная свобода, то есть свобода именно духа (который «дышит, где хочет»), а не души и тела. Поэтому духовное бытие начинается и существует там, где начинается освобождение человека от всякой поглощенности, от оккупации чужой и главное – собственной самостью. Свобода поэтому есть модальное (инструментальное), а не предметно-содержательное определение духовного бытия человека; она есть сила, энергия порыва в самоопределении к лучшему и высшему. Дух есть любовь к качеству и воля к совершенству во всех областях жизни. «И потому само духовное бытие определимо и описуемо лишь в его значении для нас и в его действии на нас, но не в том или ином содержании человеческой культуры самом по себе», – пишет В. И. Слободчиков (Слободчиков В., 1995).

Этот же ученый говорит о возможности взаимосвязи богословия и психологии в контексте психологической антропологии как пути конструирования понятий в психологии при наполнении их духовно-нравственным смыслом. Ученый подчеркивает необходимость обращения к вечным ценностям, которое сохранило христианство (Абраменкова В. В., Слободчиков В. И. 2001). А. Г. Асмолов говорит об ограниченности рациональной модели понимания психологии как культурно-исторической науки. В рамках декартовской классической психологии нет решения вопроса о душе, следовательно, необходим выход за рамки традиционной психологии в сферу идеального. Ученый делает вывод о том, что пренебрежение анализом души и духа человека влечет за собой опасные нравственные последствия, на которые указывал еще А. Н. Леонтьев – обнищание души при обогащении информацией (Асмолов А., 1998). Видимо в психологии наступает время все более четкого осознания, что «духовное развитие – это либо сопряжение человека в своих высших стремлениях с Богом, либо – с демоническими силами» (Слободчиков В. И., Исаев Е. И., 2001). «Наука оказалась не в состоянии подсказать человеку, как обрести счастье, избежать одиночества, обрести смысл жизни, сохранить свою уникальность, неповторимость и другое», – пишут известные философы Р. А. Зобов, В. Н. Келасьев в книге «Самореализация человека» (Зобов Р. А., Келасьев В. Н., 2001) Об этом, но другими словами, говорит А. Ф. Кисилев, что именно внутренний мир и составляет суть человеческой личности. И если внешние условия постоянно меняются, то суть человеческой личности должна в любых условиях сохраняться (Кисилев А. Ф., 2003) Обратимся к работам Б. С. Братусь, согласно которому, условиями и одновременно критериями нормального развития личности и психологического здоровья человека являются (Братусь, 1999):

- отношение к другому человеку как самоценности, как к существу, олицетворяющему в себе бесконечные потенции рода «человек» (центральное и системообразующее отношение);
- способность к децентрации, самоотдаче и любви, как способу реализации этого отношения;
- творческий, целетворящий характер жизнедеятельности;
- потребность в позитивной свободе;
- способность к свободному волепроявлению, возможность самопроектирования будущего;
- вера в осуществимость намеченного;
- внутренняя ответственность перед собой и другими, прошлыми и будущими поколениями;
- стремление к обретению общего сквозного смысла своей жизни.

В этих критериях российского ученого вмещаются все основные перечисленные выше критерии зарубежных психологов, и для нас, российских психологов, также важно то, что они соответствуют русскому менталитету.

В качестве обобщенных критериев психологического здоровья человека можно назвать стремление к самоактуализации и самотрансценденции, стремление к утверждению гуманистических ценностей и ценностей родового бытия человека.

На основе вышесказанного, определяем основными критериями психологического здоровья следующие: стремление к самопознанию, а значит к самопониманию и самопринятию; стремление к самовыражению, к актуализации своих личностных потенциалов; стремление к осмыслению себя и жизни в целом, самоопределению личностном и профессиональном и стремление к дружбе и любви.

Литература

1. Абраменкова В. В. Христианская антропология и современная психология / В. В. Абраменкова, В. И. Слободчиков // Вопросы философии. – 2001. – №2. – С. 147-151.
2. Ананьев В. А. Психология здоровья: пути становления новой отрасли человекознания // Психология здоровья / Под. ред. Г. С. Никифорова. СПб.: Изд-во СПбГУ, 2000. – С. 10-85.
3. Асмолов А. Г. XXI век: психология в век психологии / А. Г. Асмолов // Здоровый смысл и достоинство в школе: Современные проблемы социально-психологической адаптации детей и подростков. Материалы Всероссийской научно-практической конференции. – М.: Генезис, 1998. – 123 с.
4. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание /Р. Бернс. – Пер. с англ. – М.: Прогресс, 1986.
5. Бухановский А. О. Общая психопатология / А. О. Бухановский, Ю. А. Кутявин, М. Е. Литвак. – Ростов-на Дону, 1988. – 540 с.
6. Васильева О. С. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки / О. С. Васильева, Ф. Филатов – М.: Издат. центр «Академия», 2001. – 352 с.
7. Кисилев А. Ф. Модернизация высшего образования // Высшее образование сегодня. 2003. – № 3. – С. 3-8.
8. Кузнецов О. Н. Достоевский о тайнах психического здоровья / О. Н. Кузнецов, В. И. Лебедев – М.: Изд. Российского открытого ун-та, 1994. – 168 с.
9. Лакосина Н. Д. Медицинская психология: учебное пособие / Н. Д. Лакосина, Г. К. Ушаков. – М.: Медицина, 1976.
10. Мясищев В. Н. Психология отношений / В. Н. Мясищев. – М.: Изд-во «ИПП», Воронеж: НПО МОДЭК, 1995.
11. Начала христианской психологии: учебное пособие для вузов/ под ред. Б. С. Братусь, В. И. Слободчикова. – М.: Наука, 1995.
12. Психология здоровья / Под ред. Г. С. Никифорова. . – СПб.: Питер, 2003.
13. Психология и этика: опыт построения дискуссии / Отв. ред. Братусь Б. С. – Самара: «БАХРАХ», 1999.
14. Скиннер Р. Жизнь и как в ней выжить / Р. Скиннер, Дж. Клииз. – Пер. с англ. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2001.
15. Слободчиков В. И. Основы психологической антропологии. Психология развития человека: Развитие субъективной реальности в онтогенезе / В. И. Слободчиков, Е. И. Исаев. – М.: Школьная пресса, 2000.
16. Франкл В. Человек в поисках смысла / В. Франкл. – М., 1990.
17. Юнг К. Проблемы души нашего времени / К. Юнг. – СПб.: Питер, 2002.
18. Ryff C., Keyes C. The structure of psychological well-being revisited // Journal of Personality and Social Psychology, 1995, vol 27, № 12.

Раздел 2

ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА КАК ЖИЗНЕННЫЙ РЕСУРС И ЖИЗНЕННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ КАК ЖИЗНЕННЫЙ РЕСУРС И ЖИЗНЕННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ЧЕЛОВЕКА

М. А. Домнина

НОУ ВПО «Сибирский институт бизнеса, управления и психологии»

С 1992 года, гражданами всего мира 10 октября отмечается Всемирный день психического здоровья.

По официальной статистике Всемирной федерации психического здоровья: из 7 млрд. населения Земли 450 млн. страдают психическими заболеваниями, ежегодно периоды депрессии переживают более 150 млн. человек и каждый второй минимум раз в жизни испытывает острые душевные проблемы.

«Цифры наглядно демонстрируют, что человечество не уделяет достаточного внимания своему душевному состоянию, – отмечает профессор Гарри Минас (Harry Minas) из Центра международного психического здоровья (Австралия).

Мы провели среди студентов нашего ВУЗа опрос, направленный на выявления осведомленности о мерах позволяющих сохранить психическое здоровье. Результаты данного опроса оказались не утешительными. Только несколько человек попробовали дать формулировку психического здоровья и перечислить факторы, оказывающие прямое или косвенное влияние на психическое здоровье. Респонденты признались, что дать характеристику физическому здоровью было намного легче.

Для приверженцев здорового образа жизни регулярные занятия спортом, ежедневное правильное питание и постоянный уход за своей внешностью стали уже привычным делом. При этом психологический компонент здоровья мы часто игнорируем, не вспоминаем о нем. «Все знают, что такое профилактика заболеваний полости рта, но мало кто знает, что такое психогигиена, направленная на сохранение здоровья у здоровых, – справедливо утверждает Зураб Кекелидзе, д. м. н., профессор, и. о. директора Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии имени Сербского. Есть множество психических проблем, которым подвержены вполне здоровые люди. Например, синдром выгорания, расстройства, связанные со стрессом, некоторые депрессии – все они возникают в силу социальных причин, а не патологий». Чтобы избежать этих недугов, человек должен знать о них, уверяет доктор Кекелидзе. «Очень важны и другие простые правила психогигиены,

например работа не более 40 часов в неделю и обязательный отдых, – говорит он. – А также человек должен не стесняться и не лениться в случае необходимости обращаться к специалистам». Важно понимать, хорошее психическое здоровье – основа жизненного потенциала, который формируется в течение жизни в результате взаимодействия между человеком и жизненными обстоятельствами. Психическое здоровье человека есть тот ресурс, который так необходим для его личностной реализации.

По признанию Всемирной Организации Здравоохранения психическое здоровье определяется как состояние благополучия, при котором каждый человек может реализовать свой собственный потенциал, справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества.

Такая интерпретация данного понятия соответствует его широким и разнообразным интерпретациям в разных культурах.

В этом позитивном смысле психическое здоровье является основой жизненного ресурса и потенциала человека, необходимого для его эффективной жизнедеятельности.

Понятие «ресурсы» используется в различных исследованиях, связанных с изучением психической реальности. В последние годы широкое распространение в психологии приобрел ресурсный подход, зародившийся в гуманистической психологии, в рамках которой важное место заняло изучение конструктивного начала личности, позволяющего преодолевать трудные жизненные ситуации.

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 совладения с неблагоприятными жизненными событиями.

Наиболее точно, по нашему мнению, содержанию понятия «личностный потенциал» соответствует введенное С. Мадди (1998) понятие «жизнестойкость» (*hardiness*), которое определяется не как личностное качество, а как система установок и убеждений, в определенной мере поддающихся формированию и развитию, как базовая характеристика личности, которая опосредует воздействие на ее сознание и поведение всевозможных благоприятных и неблагоприятных обстоятельств, от соматических проблем и заболеваний до социальных условий. Жизнестойкость определяется С. Мадди как интегративная характеристика личности, ответственная за успешность преодоления личностью жизненных трудностей. Жизнестойкость («*hardiness*») предполагает психологическую живучесть и расширенную эффективность человека, являясь показателем психического здоровья человека.

В проблеме психического здоровья вопрос о критериях оценки последнего является ключевым. Понятно, что каким-то одним критерием

не исчерпать всей сути вопроса. Вместе с тем в литературе немало примеров, когда для характеристики психического здоровья предлагаются какие-то отдельные признаки его выраженности. Среди них особого внимания заслуживает критерий психического равновесия. С его помощью можно судить о характере функционирования психической сферы человека с различных сторон (познавательной, эмоциональной, волевой). Аномалии в развитии личности наиболее ярко заявляют о себе в проявлениях ее дисгармонии, утрате равновесия с социальным окружением, т. е. в нарушении процессов социальной адаптации, сопряженных с социумом. Этот критерий органично связан с двумя другими: гармоничностью организации психики и ее адаптивными возможностями. Что касается психического равновесия, то от степени его выраженности зависит уравновешенность человека с объективными условиями, его приспособленность к ним. Причем сама по себе уравновешенность не выступает как застывшее в своем проявлении равновесие, а разворачивается в поступательном движении жизненно важных биологических и психологических процессов. При этом, по мнению В. Н. Мясинцева, уравновешенность человека и адекватность его реакции на внешние воздействия имеют большое значение в плане разграничения нормы и патологии. У человека неуравновешенного, неустойчивого фактически нарушено равновесие, гармоничное взаимодействие между свойствами, лежащими в основе его личностного статуса. Только у психически здорового, т. е. уравновешенного человека, мы наблюдаем проявления относительного постоянного поведения и адекватности его внешним условиям.

И все-таки идея комплексного подхода к оценке психического здоровья человека представляется наиболее перспективной. В литературе можно встретить отдельные попытки охарактеризовать основные проявления здоровой психики с помощью совокупности критериев. Относительно них можно сделать, по крайней мере, два общих вывода. Во-первых, наряду с очевидным разбросом мнений просматривается и определенная повторяемость в выборе ряда критериев психического здоровья. Это можно воспринимать как свидетельство того, что они наиболее точно характеризуют состояние психического здоровья. Во-вторых, трактовать приведенные перечни критериев следует не более чем их некоторые совокупности, ибо в них не заложен какой-либо классифицирующий признак, который позволил бы придать им возможную внутреннюю организацию. Попытаемся перечислить наиболее часто называемые критерии психического здоровья, распределив их в соответствии с видами проявления психического (свойства, состояния, процессы). Среди свойств личности это – оптимизм, сосредоточенность (отсутствие суетливости), уравновешенность, нравственность (честность, совестливость и др.), адекватный уровень притязания, чувство долга; уверенность в себе, необидчивость (умение освобождаться от затаенных обид), трудолюбие, независимость,

непосредственность (естественность), ответственность, чувство юмора, доброжелательность, терпеливость, самоуважение, самоконтроль.

В сфере психических состояний в их число обычно включают: эмоциональную устойчивость (самообладание); зрелость чувств соответственно возрасту, совладение с негативными эмоциями (страх, гнев, жадность, зависть и др.); свободное, естественное проявление чувств и эмоций; способность радоваться; сохранность привычного (оптимального) самочувствия.

Из психических процессов чаще упоминаются: максимальное приближение субъективных образов к отражаемым объектам действительности (адекватность психического отражения); адекватное восприятие самого себя; способность концентрации внимания на предмете; удержание информации в памяти; способность к логической обработке информации; критичность мышления; креативность (способность к творчеству, умение пользоваться интеллектом); знание себя; дисциплина ума (управление мыслями).

Особое значение среди критериев психического здоровья личности придается степени ее интегрированности, гармоничности, консолидированности, уравновешенности, а также таким ее составляющим, как духовность (познание, стремление к истине); приоритет гуманистических ценностей (доброта, справедливость, и др.); ориентация на саморазвитие, самообогащение.

С позиций самоуправления здоровая личность характеризуется ярко выраженной целеустремленностью (обретением смысла жизни), волей, энергичностью, активностью, самоконтролем, адекватной самооценкой.

Социальное здоровье личности находит отражение в следующих характеристиках: адекватное восприятие социальной действительности, интерес к окружающему миру, адаптация (равновесие) к физической и общественной среде, направленность на общественно полезное дело, культура потребления, альтруизм, эмпатия, ответственность перед другими, бескорыстие, демократизм в поведении.

На сегодняшний день Всемирная организация здравоохранения выделяет следующие критерии психического здоровья:

- осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического «Я».
- чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях.
- критичность к себе и своей собственной психической продукции (деятельности) и ее результатам.
- соответствие психических реакций (адекватность) силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям.
- способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами.

- способность планировать собственную жизнедеятельность и реализовывать эти планы.
- способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств.

Психическое здоровье – основная опора жизненного потенциала личности. Этот феномен рассматривается не только в биологическом, но и в социальном смысле: здоровье определяется как состояние организма, которое характеризуется уравновешенностью с внешней средой и отсутствием каких-либо болезней. Психическое здоровье – это состояние телесного, душевного и социального комфорта, который позволяет человеку действовать в соответствии с собственно осмысленными (и поставленными) целями. Больной человек, как правило, полноценного жизненного потенциала не имеет.

О важности психического здоровья для человека можно судить по определению здоровья, данному в Уставе ВОЗ: «Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов».

Исходя из формулировки категории «здоровье» нам видно, что значение ощущения благополучия очень велико. Можно сказать, что оно выступает базовым феноменом здоровья человека.

Благополучие личности по самой своей природе является, прежде всего, субъективным, в то время как субъективное благополучие – обобщённое и относительно устойчивое переживание, имеющее особую значимость для личности.

Субъективное благополучие (или неблагополучие) человека складывается из частных оценок различных сторон его жизни (по данным П. П. Фесенко, 2005). Благополучие личности включает в себя ряд составляющих: социальное, духовное, физическое, материальное и психологическое благополучие (Л. В. Куликов, 2004).

Социальное благополучие – это удовлетворенность личности своим социальным статусом и актуальным состоянием общества, к которому она принадлежит. Это также удовлетворенность межличностными связями и статусом в микросоциальном окружении, чувство общности (в понимании А. Адлера) и т. п.

Духовное благополучие – ощущение причастности к духовной культуре общества, осознание возможности приобщаться к богатствам духовной культуры (утолять духовный голод); осознание и переживание смысла своей жизни; наличие веры – в Бога или в себя, в судьбу (предопределенность) или счастливую удачу на своем жизненном пути, в успех собственного дела или дела партии, к которой принадлежит субъект; возможность свободно проявлять приверженность к своей вере и т. д.

Физическое (телесное) благополучие – хорошее физическое самочувствие, телесный комфорт, ощущение здоровья, удовлетворяющий индивида физический тонус.

Материальное благополучие – удовлетворенность материальной стороной своего существования (жилье, питание, отдых...), полнотой своей обеспеченности, стабильностью материального достатка.

Психологическое благополучие (душевный комфорт) – слаженность психических процессов и функций, ощущение целостности, внутреннего равновесия.

Психологическое благополучие (душевный комфорт) личности имеет свою довольно сложную структуру. В нем, как и в других составляющих, целесообразно выделять когнитивный и эмоциональный компоненты. Кроме того, в психологическом благополучии обобщенно представлена актуальная успешность поведения и деятельности, удовлетворенность межличностными связями, общением.

Когнитивный компонент благополучия возникает при целостной относительно непротиворечивой картине мира у субъекта, понимании текущей жизненной ситуации. Диссонанс в когнитивную сферу вносит противоречивая информация, восприятие ситуации как неопределенной, информационная или сенсорная депривация.

Эмоциональный компонент благополучия предстает как переживание, объединяющее чувства, которые обусловлены успешным (или неуспешным) функционированием всех личности. Дисгармония в любой сфере личности вызывает одновременно и эмоциональный дискомфорт. Именно в нем достаточно полно отражено неблагополучие в разных сферах личности.

Психологическое благополучие зависит от наличия ясных целей, успешности реализации планов деятельности и поведения, наличия ресурсов и условий для достижения целей. Неблагополучие появляется в ситуации фрустрации, при монотонии исполнительного поведения и других подобных условиях.

Психологическое благополучие создают удовлетворяющие межличностные отношения, возможности общаться и получать от этого положительные эмоции, удовлетворять потребность в эмоциональном тепле. Разрушает благополучие социальная изоляция (депривация), напряженность в значимых межличностных связях (Л. В. Куликов, 2004).

Компоненты благополучия тесно взаимосвязаны между собой, а иногда даже сочетаются. Совокупность компонентов субъективного благополучия создают основу психологического здоровья, становятся необходимым источником жизненного ресурса человека.

Ресурсы психического здоровья расширяют поле деятельности личности, делая более достижимыми значимые цели в жизни. Ресурсы психического здоровья как бы субъективно повышают ценность человека в глазах окружающих и в его собственном мнении о самом себе, делают его более сильным, значительным и продуктивным. Когда мы выносим суждение о другом человеке, мы учитываем не только его актуальную ситуацию,

но и потенциальные возможности, и ресурсы, поскольку резервы и ресурсы – в определенном смысле значимый капитал каждой личности.

Когда человек пытается справиться с теми или иными жизненными трудностями, его активность может быть направлена как на внешние обстоятельства, подлежащие изменению, так и на самого себя. Включаются механизмы психической саморегуляции и механизмы психической адаптации: механизмы психологической защиты и копинг-механизмы. То, какой именно путь преодоления жизненных трудностей выберет та или иная личность, определяется, в частности, ее резервами и ресурсами. Люди, предпочитающие конструктивно преобразующие стратегии, оказываются личностями с оптимистическим мировоззрением. Они характеризуются устойчивой положительной самооценкой, реалистическим подходом к жизни и сильно выраженной мотивацией достижения. Жизненный потенциал таких людей высок, а деятельность эффективна и полезна для самой личности и общества и носит не разрушительный, а созидательный характер. Таким образом, «субъективное благополучие» – обеспечивает полноценное развитие человека на всех уровнях его психического развития.

Следует также заметить что, несмотря на популяризацию здорового образа жизни на сегодняшний день большая часть ресурсов здравоохранения расходуется на специализированное лечение и уход за больными людьми и в меньшей степени – на интегрированную систему охраны психического здоровья.

Цели и традиции общественного здравоохранения и укрепления здоровья должны так же эффективно применяться к области охраны психического здоровья, как они применяются, к примеру, к области профилактики инфекционных и сердечнососудистых болезней.

Квалифицированная психопрофилактика - будет способствовать повышению у населения нашей страны устойчивости к жизненным трудностям, к снижению антисоциальных проявлений, формированию позитивного поведения, в ситуации, когда проблемы еще не возникли.

Психопрофилактика нацелена на здоровых людей из «группы риска», до вступления в полосу кризиса. Методы первичной профилактики обычно включают в себя обучение людей новым навыкам, которые помогают противостоять возможным негативным воздействиям и сохранять психическое здоровье, направлена на создание положительных изменений в окружающей среде, как взрослого, так и ребенка.

Для проведения мероприятий первичной профилактики используется теория социального научения А. Бандуры. Основными понятиями этой теории являются понятия социального моделирования, социального подкрепления, самоэффективности. Примером успешно действующей теории социального научения может служить программа «Ваше здоровье – 2000», разработанная в США в рамках антинаркотического воспитания. Программа включает несколько этапов:

1. Передача информации.
2. Тренинг навыков общения.
3. Укрепление уз, связывающих ребенка с семьей, родителями, друзьями, школой.

Программа включает возможность тестирования участников до и после проведения занятий. На каждом этапе разработаны способы повышения самооценки, настроения, улучшения самочувствия. Детей и подростков обучают умению просить о помощи, умению распознавать и анализировать свои чувства. Программа ориентирована на диалогичность общения, возрастные психологические особенности, индивидуальность каждого школьника, его самостоятельность и самооценку.

Здоровье даруется нам вместе с жизнью. Может быть, поэтому никто и не думает о здоровье, пока его не потеряет. Здоровье подчиняется общим законам, царящим во Вселенной, без знания и соблюдения которых жизнь невозможна. Поэтому каждый из нас обязан усвоить хотя бы то, что известно науке о человеке и его здоровье» [Майя Гоголан]. Поскольку человеческая жизнь является Высшей ценностью общества, то совокупность свойств, качеств, состояний человека есть ценность не только самого человека, но и общества. Именно это превращает здоровье индивида в общественное богатство. Всестороннюю полноту человеческой жизни как непреходящей ценности обуславливает здоровье, и наслаждение жизнью предполагает наличие здоровья. Ценность человеческой жизни является абсолютной, так как жизнь – это единственное условие и критерий существования любой другой ценности.

В. А. Ананьев указывает на то, что «психологическое здоровье это «цветок человеческих потенциалов и жизненных ресурсов» так необходимый человеку для совершенствования его личности.

В. Н. Панкратов, в своей книге «Саморегуляция психического здоровья», указывает на то, что психологическая составляющая – основа здоровья личности: «...путем познания и улучшения психологической составляющей здоровья, мы можем не только предупреждать возникновение болезней, укреплять здоровье, но и совершенствовать человека...». Н. М. Амосов писал: «Здоровье ради здоровья не нужно, оно ценно тем, что составляет неременное условие эффективной деятельности, через которую достигается счастье человека».

Литература

1. Ананьев В. А. Основы психологии здоровья. – М., 2006.
2. Маринец Н. В. Жизненный потенциал личности: переживания и реализация / Н. В. Маринец // Новая парадигма: Журнал научных трудов / [гл. ред. В. П. Бех]. – М.: Изд-во НПУ имени М. П. Драгоманова, 2009. – Вып. 87. – С. 54-67.
3. Т. Б. Дмитриева, Б. С. Положий «Психическое здоровье россиян». *Vivos Voco* (декабрь 2002).

4. Здоровый образ жизни и борьба с социальными болезнями / Под ред. Б. М. Левина, Л. Н. Рыбаковой. – М.: Ин-т социологии АН СССР, 1988.
5. Васильева О. С., Филатов Ф. Р. Психология здоровья человека. – М., 2001. – 352 с.
6. Демина Л. Д., Ральникова И. А. Психологическое здоровье и защитные механизмы личности. Уч. пособ. – Барнаул, 2005. – 132 с.
7. Никифоров Г. С. Психология здоровья. – СПб, 2002.
8. Айзман Р. И. Здоровье населения России: медико-социальные и психолого-педагогические аспекты формирования. – Новосибирск, 1996.
9. Понкратьева Н. В., Попов В. Ф., Шиленко Ю. В. Здоровье – социальная ценность: Вопросы и ответы – М., 1989.
10. Иванюшкин А. Я. «Здоровье» и «болезнь» в системе ценностных ориентаций человека // Вестник. АМН СССР. – 1982. – Т. 45. – № 4. – С. 29-33.
11. Лисицын Ю. П. Образ жизни и здоровье населения. – М, 1982.
12. Лисицын Ю. П., Сахо А. В. Здоровье человека – социальная ценность. – М., 1989.
13. Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для вузов. – М., 2002.
14. Амосов Н. М. Раздумья о здоровье. – М., 1987. – С. 64
15. Бердяев Н. А. О назначении человека. – М., 1993. – С. 74.
16. Бехтерев В. М. Личность и условия ее развития и здоровья. – 2-е изд. – СПб., 1905. – С. 43.
17. Блюм Г. Психоаналитические теории личности. – М., 1996. – С. 248.
18. Брехман И. И. Валеология – наука о здоровье. – М., 1990.
19. Васильева О. С. Валеопсихология – актуальное направление современной психологии // Психологический вестник. – Ростов-н/Д., 1998. – Вып. 3. – С. 528.
20. Васильева О. С., Филатов Ф. Р. Здоровье как интегративная характеристика личности // Психологический вестник. – Вып. 3. – Ростов-н/Д., 1998. – С. 412-419.
21. Васильева О. С., Филатов Ф. Р. Зерно здоровья: Концепция первичной валеоустановки // Семейная психология и семейная терапия. – 1999. – № 3. – С. 36-47.
22. Александрова Л. А. О составляющих жизнестойкости личности как основе ее психологической безопасности в современном мире. // Известия Таганрогского государственного радиотехнического университета. – 2005. – Т. 51. – № 7. – С. 83-84.
23. Белинская Е. П. Совладание как социально-психологическая проблема [Электронный ресурс] // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2009. № 1 (3). URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения 18. 07. 2010 г.).
24. Бодров В. А. Проблема преодоления стресса. Часть 2. Процессы и ресурсы преодоления стресса. // Психологический журнал. – 2006. – Т. 27. – № 2. – С. 113-122.
25. Бодров В. А. Психологический стресс: к проблеме его преодоления // Проблемы психологии и эргономики. – Тверь, 2001. – №4. – С. 28-33.
26. Водопьянова Н. Е. Психодиагностика стресса. – СПб.: Питер, 2009. – 336 с.
27. Куликов Л. В. Психогигиена личности. – СПб., 2004. – 464 с.
28. Леонтьев Д. А. Личностное в личности: личностный потенциал как основа самодетерминации // Ученые записки кафедры общей психологии МГУ им. М. В. Ломоносова. Вып. 1 / под ред. Б. С. Братуся, Д. А. Леонтьева. М.: Смысл, 2002. С. 56-65.
29. Мади С. Р. Смыслообразование в процессе принятия решений. // Психологический журнал. – 2005. – Т. 26. – № 6. – С. 87-101.
30. Маклаков А. Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях. // Психологический журнал. – 2001. – Т. 22. – №1. – С. 16-24.

31. Малыгина Я. В. Социально-психологические аспекты системной профилактики «общего девиантного синдрома». Автореферат канд. дис. – СПб.: РПГУ, 2004.
32. Муздыбаев К. Стратегия совладания с жизненными трудностями. Теоретический анализ. // Журнал социологии и социальной антропологии. – Том 1. – 1998. – № 2. – С. 100-109.
33. Практикум по психологии здоровья. / Под ред. Г. С. Никифорова. – СПб: Питер, 2005. – 351 с.
34. Практическая психология образования: учеб. пособие. /Под ред. И. В. Дубровиной. – СПб.: Питер, 2004. – 592 с.
35. Франкл В. Человек в поисках смысла. – М.: Прогресс, 1990. – 175 с.
36. Гарбузов В. И. Человек – жизнь – здоровье // Древние и новые каноны медицины. СПб, 2005.
37. Брехман Н. Н. Введение в валеологию – науку о здоровье. Л., 1987.
38. Гримак Л. П. Резервы человеческой психики. М., 1989.

АМОПРИНЯТИЕ КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

С. М. Колкова

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Существует более 300 определений “здоровья”. Выделим основные группы, в которых здоровье определяется:

- как состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов;
- как совокупность физических и духовных способностей (жизнеспособность), которыми располагает организм, личность;
- как целостное многомерное динамическое состояние, в процессе реализации генетического потенциала в условиях конкретной социальной и экономической среды, позволяющие человеку в различной степени осуществлять его биологические и социальные функции.

Таким образом, понимание здоровья различно, но в каждом определении упоминается психологическое (духовное) здоровье личности в качестве важного звена в понимании здоровья

По мнению А. Маслоу психологическое здоровье не только наполняет человека субъективным ощущением благополучия, оно само по себе правильно, истинно и реально. Именно в этом смысле оно «лучше» болезни и «выше» ее. Оно не только правильно и истинно, но и более правдиво, ибо здоровый человек способен узреть больше правды, и более высокой правды. Недостаток психологического здоровья не только угнетает человека, но его можно рассматривать как своеобразную форму слепоты, когнитивной патологии, равно как форму моральной и эмоциональной неполноценности. Нездоровье – это всегда ущербность, ослабление или утрата способности к деятельности и самоосуществлению.

«Тот факт, что человек может быть хорошим, здоровым и что такие люди есть – пусть даже их мало и слеплены они из того же теста, что остальные, – уже сам по себе вселяет в нас мужество, надежду, решимость и веру в человека и его возможности роста. Эта вера в возможности человеческой природы, даже самая робкая, подтолкнет нас к построению общества, основанного на принципах братской любви и сострадания» (Маслоу, 1982).

Психологически здоровый человек отличается от человека психологически проблемного. У них разное поведение (в первую очередь социальное поведение) и разные особенности личности. Социальное поведение – действия человека среди людей и относительно людей (Я и ты, Я и мы). Не просто действия среди людей, а социально значимые действия, то, что значимо для окружающих. Психологически здоровый человек разумен, открыт к сотрудничеству, защищен от ударов жизни и вооружен необходимым инструментарием, чтобы справляться с жизненными вызовами. Психологически проблемный человек мало разумен, склонен к враждебности, не защищен от ударов жизни и не имеет достаточного инструментария, чтобы справляться с жизненными вызовами. Психологические проблемы такой человек может не только решать, еще может их создавать, беречь, пользоваться: спекулировать, использовать как средство давления, развлекаться, хвалиться.

О. В. Хухлаева также ставит вопрос о взаимосвязи психологического и физического здоровья. И отмечает, что само использование термина «психологическое здоровье» подчеркивает неразделимость телесного и психического в человеке, необходимость и того, и другого для полноценного функционирования. Вследствие чего, ею составляется обобщенный «портрет» психологически здорового человека. «Психологически здоровый человек – это, прежде всего человек спонтанный и творческий, жизнерадостный и веселый, открытый и познающий себя и окружающий мир не только разумом, но и чувствами, интуицией. Он полностью принимает самого себя и при этом признает ценность и уникальность окружающих его людей. Такой человек возлагает ответственность за свою жизнь, прежде всего на самого себя и извлекает уроки из неблагоприятных ситуаций. Его жизнь наполнена смыслом, хотя он не всегда формулирует его для себя. Он находится в постоянном развитии и, конечно, способствует развитию других людей. Его жизненный путь может быть не совсем легким, а иногда весьма тяжелым, но он прекрасно адаптируется к быстро изменяющимся условиям жизни. И что важно – умеет находиться в ситуации неопределенности, доверяя тому, что будет с ним завтра» (Хухлаева, 2010). Таким образом, в качестве «ключевого» слова для описания психологического здоровья О. В. Хухлаева избирает слово «гармония», или «баланс». Это гармония между различными составляющими самого человека: эмоциональными и интеллектуальными,

телесными и психическими и также гармония между человеком и окружающими людьми, природой, космосом. При этом гармония рассматривается не как статическое состояние, а как процесс. Соответственно О. В. Хухлаева говорит о том, что психологическое здоровье представляет собой динамическую совокупность психических свойств человека, обеспечивающих гармонию между потребностями индивида и общества, являющихся предпосылкой ориентации личности на выполнение своей жизненной задачи. Жизненную задачу при этом автор рассматривает рассматривать как то, что необходимо сделать для окружающих именно конкретному человеку с его способностями и возможностями. Выполняя жизненную задачу, человек чувствует себя счастливым, в противном случае – глубоко несчастным.

Если согласиться с тем, что «ключевым» словом для описания психологического здоровья является слово «гармония», то в качестве центральной характеристики психологически здорового человека О. В. Хухлаева называет саморегулируемость, т. е. возможность адекватного приспособления как к благоприятным, так и к неблагоприятным условиям, воздействиям. Акцент делается на возможных трудностях адаптации именно к благоприятной ситуации. К ним-то человек всегда готов и они не потребуют особого напряжения. Если же говорить об адаптации к трудным ситуациям, то необходимо уметь не только противостоять им, но и использовать их для самоизменения, для роста и развития. Таким образом, О. В. Хухлаева делает вывод о том, что основная функция психологического здоровья – это поддержание активного динамического баланса между человеком и окружающей средой в ситуациях, требующих мобилизации ресурсов личности (Хухлаева, 2010).

Анализ литературы и исследования О. В. Хухлаевой позволяют утверждать, что психологическое здоровье можно описать как систему, включающую аксиологический, инструментальный и потребностно-мотивационный компоненты. При этом аксиологический компонент содержательно представлен ценностями собственного «Я» человека и ценностями «Я» других людей. Ему соответствует как абсолютное принятие самого себя при достаточно полном знании себя, так и принятие других людей вне зависимости от пола, возраста, культурных особенностей и т. п. Безусловной предпосылкой этого является личностная целостность, а также умение принять свое «темное начало» и вступить с ним в диалог. Кроме того, необходимыми качествами являются умение разглядеть в каждом из окружающих «светлое начало», даже если оно не сразу заметно, по возможности взаимодействовать именно с этим «светлым началом» и дать право на существование «темному началу» в другом индивидууме так же, как и в себе.

Инструментальный компонент предполагает владение человеком рефлексией как средством самопознания, способностью концентрировать

свое сознание на себе, своем внутреннем мире и своем месте во взаимоотношениях с другими. Ему 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.

Потребностно-мотивационный компонент определяет наличие у человека потребности в саморазвитии. Это означает, что человек становится субъектом своей жизнедеятельности, имеет внутренний источник активности, выступающий двигателем его развития. Он полностью принимает ответственность за свое развитие и становится «автором собственной биографии» (Слободчиков, 2000).

Итак, исходя из выше следующего, выделим основные компоненты психологического здоровья – положительное самоотношение и отношение к другим людям, личностная рефлексия и потребность в саморазвитии.

По мнению Д. А. Леонтьева, одной из частей широкого понятия самоотношения является самопринятие. Наиболее поверхностным проявлением самоотношения выступает самооценка – общее положительное или отрицательное отношение к себе. Однако просто одним знаком самоотношение не опишешь. Во-первых, следует различать самоуважение – отношение к себе как бы со стороны, обусловленное какими-то моими реальными достоинствами или недостатками, и самопринятие как непосредственное эмоциональное отношение к себе, не зависящее от того, есть ли во мне какие-то черты, объясняющие это отношение. Нередко встречается высокое самопринятие при сравнительно низком самоуважении или наоборот. Во-вторых, не менее важными характеристиками самоотношения, чем его оценочный знак, являются степень его целостности, интегрированности, а также автономности, независимости от внешних оценок (Леонтьев, 1993).

В исследованиях психологического здоровья мы акцентировались на самопринятии, как одном из компонентов положительного самоотношения.

Насколько важен разговор о самопринятии как одном из важнейших компонентов психологического здоровья человека показывают наши исследования, проведенные со студентами младших курсов КрасГМУ. Высокий уровень безусловного самопринятия у студентов отсутствует, средним уровнем обладают около 21 % опрошенных, чуть меньше, чем у 80 % относительно условное самопринятие. Цифры заставляют задуматься, хотя стоит отметить и отсутствие людей с абсолютно условным самопринятием.

Проблемы самопринятия обсуждались и обсуждаются многими авторами (С. Л. Брагченко, В. Т. Кудрявцевым, Д. А. Леонтьевым, А. Маслоу, К. Роджерсом, Н. Роджерс и др.).

На существенную роль феноменов принятия и самопринятия в процессе оказания психотерапевтической помощи и в процессе позитивного развития человека впервые в гуманистической психологии указали А. Маслоу и К. Роджерс.

Несколько слов об этимологии. Что такое принятие? В Словаре русского языка (1959) «принятие» определяется как проявление какого-либо отношения к чему-либо: «согласиться с чем-либо, отнестись к чему-либо положительно». В том же словаре издания 1987 г. значение «принятия» раскрывается несколько иначе: «отнестись дружелюбно, с расположением к кому-либо». В «Толковом словаре» Вл. Даля смысловое содержание «принятия» раскрывается следующим образом: «Брать в уважение, во внимание или уважить, согласиться, слушать, верить».

Таким образом, можно сказать, что основными проявлениями принятия, зафиксированными в широком языковом контексте, являются уважение, согласие, слушание, вера («верить»), дружелюбие, положительное отношение, что, по нашему мнению, согласуется и с психологическим содержанием феномена принятия.

Принятие себя, по определению С. Л. Братченко, означает признание себя и безусловную любовь к себе такому, каков я есть, отношение к себе как личности, достойной уважения, способной к самостоятельному выбору, веру в себя и свои возможности, доверие собственной природе, организму (Братченко, 2001).

Сама по себе постановка вопроса о безоценочном, безусловном принятии как одном из необходимых условий, способствующих позитивному развитию личности, явилась культурной инновацией, тем более – создание целого направления в психотерапевтической практике, а затем в педагогической и политической психологии.

Продолжим описание феномена самопринятия на основании концепции А. Маслоу, согласно которой психологически здоровым и духовно полноценным людям присуща «потребность в самоактуализации: стремление воплотить свои возможности, проявляемые в силе, творчестве, добродетельности, проницательности» (Маслоу, 1982). Автор полагает, что категория самоактуализации «во многом выступает операциональным аналогом личностной зрелости».

Проанализировав и преобразовав эти суждения в психологической портрет личности, принимающей себя, можно сказать, что в человеке с оптимально развитым самопринятием будут сильно выражены вера в свои силы и возможности, доверие к себе и к миру, независимость, честное отношение к себе, стремление к искренности в проявлении чувств, предоставление себе права быть таким, как есть, искреннее предоставление права другим иметь иную точку зрения (т. е. искреннее предоставление права другим быть самими собой). Слабо будут выражены страх, тревожность, боязнь неуспеха, боязнь негативной оценки,

доминирование чувства вины, выраженная мотивация достижения, ориентация на внешнюю оценку, внешние нормы.

Вероятно, минимальность негативных переживаний в большой мере и определяет внутреннюю возможность предоставления себе права быть таким, как есть. С другой стороны, она же позволяет и способствует искреннему предоставлению права другому быть самим собой, предоставлению права другому быть, без оговариваний и пожеланий, без каких-либо условий. Равноценное отношение к принятию себя и принятию другого воплощается в сложной взаимосвязанности обеих сторон принятия: самопринятии и принятии другого.

Н. Роджерс описывает фасилитативные установки, реализация которых в процессе психологической работы создает атмосферу принятия другого человека: готовность быть рядом с ним в процессе его переживаний, не вторгаясь в его внутренний мир; вера в силы и возможности другого человека помочь самому себе; оставление другому человеку ответственности за его судьбу и предоставление ему свободы решать самому; позволение другому человеку быть таким, каков он есть (“Я не буду отрицать тебя”); внимание к чувствам и мыслям другого человека и готовность их услышать; готовность уважать решения другого человека, “найденную им правду”; готовность к поддержке другого, при этом, оставаясь самим собой, понимая, что ценности и системы взглядов могут не совпадать; готовность к спокойному, примеривающему отношению к значимости собственных взглядов и реакций для другого человека; готовность делиться собственными ценностями и взглядами, способствуя возможности понимания себя другим человеком; готовность к открытости и принятию нового опыта (Роджерс, 1990).

К. Роджерс считал, что самопринятие играет наиболее важную роль в развитии личности и ее психического здоровья. «Тех, которые чувствуют, что их любят, что они нужны, что их принимают, что они заслуживают уважения, невозможно найти в тюрьмах и психиатрических больницах. Там находятся люди, чувствующие себя совершенно недостойными, никому не нужными, не принимаемыми, не способными, считающие, что они никому не нравятся. Потому, чтобы развиваться, вам нужно принимать себя. Чтобы помочь другим людям развиваться, надо помогать им более принимать себя. Чтобы открыть свою дорогу к счастью, чтобы иметь хорошие отношения, нужно достигнуть высокого уровня самопринятия. Отвергающий себя человек обычно несчастлив. Он не способен установить и поддержать хорошие отношения» (Роджерс, 1994).

Принимать себя – это значит уважать себя. С непринятием себя связано циничное отношение к себе. Считается, что высокий уровень принятия себя связан с высоким уровнем социальной адаптации. Психическое здоровье человека зависит от того, что он чувствует по отношению к себе. «При хорошем психическом здоровье человек чувствует,

что он нравится другим, что он нужен им, что он способен что-то дать им, достоин уважения, принятия другими людьми. Люди, очень критикующие себя, более тревожны, они не чувствуют себя в безопасности. Возможно, они более циничны и более страдают депрессией, чем люди, которые принимают себя. Люди, принимающие себя, считают окружающий мир более дружелюбным, чем отвергающие себя люди, и поэтому у первых меньше защитных реакций» (Роджерс, 1994).

Человек, который обладает высоким самопринятием, по мнению Р. Кочунаса, отличается следующими особенностями поведения:

1. Он очень верит в определенные ценности и принципы и хочет защищать их даже при сильном противостоянии группы. Он чувствует себя достаточно лично защищенным. Поэтому он может менять свои взгляды и ценности, если опыт и доказательства показывают, что они ошибочны.
2. Он способен действовать согласно своим убеждениям, не чувствуя вины и не сожалея о своих действиях и в том случае, когда другие люди не одобряют того, что он сделал.
3. Он не очень сильно беспокоится о том, что будет завтра, что было в прошлом или происходит в настоящем.
4. У него есть уверенность, что он может решить свои проблемы, даже если сталкивается с неудачами или препятствиями.
5. Он чувствует себя равным среди людей – не выше и не ниже их, независимо от различий в способностях, в происхождении или в их отношении к нему.
6. Он принимает как само собой разумеющееся, что он интересен и ценен для других, по крайней мере, для тех, с кем он общается.
7. Он может принимать похвалу, не прикрываясь ложной скромностью, и выслушивать комплименты, не чувствуя себя виноватым.
8. Он обычно сопротивляется попыткам других людей управлять собой.
9. Он может принять мысль и признать перед другими, что способен чувствовать широкий спектр побуждений и желаний от ненависти до любви, от печали до счастья, от чувства глубокого осуждения до чувства полного принятия.
10. Он способен наслаждаться множеством занятий: работой, игрой, любимым делом, дружбой или бездельем.
11. Он чувствителен к нуждам других, к принятым социальным правилам и особенно разделяет мысль о том, что нельзя наслаждаться за счет других людей (Кочунас, 1999).

В. Т. Кудрявцев считает, что Личность, уверенная в своих силах, начинается с безусловного самопринятия. Безусловное самопринятие является для человека условием объективного отношения к своим личностно-профессиональным компетенциям и возможностям.

Говоря о безусловном самопринятии необходимо остановиться и на его противоположности – самопринятии условном. Этот вопрос активно обсуждает в своих публикациях В. Т. Кудрявцев. Он считает, что человек должен испытывать аффекты, мучительно спорить с самим собой, делать жизненные ошибки. И он не может и не должен притязать на полную элиминацию своей личностной позиции. Ведь в этом случае человек избирает путь условного самопринятия.

Литература

1. Братченко С. Л. Экзистенциальная психология глубинного общения: уроки Джеймса Бьюдженталя [Текст] / С. Л. Братченко. – М.: Смысл, 2001. – 197 с.
2. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования [Текст] / Р. Кочюнас. – М.: Академический проект, 1999. – 239 с.
3. Кудрявцев В. Т. Психолог практический и практикующий: профессиональная и личностная позиция: «Дао» психолога [Текст] / В. Т. Кудрявцев. – М.: Центр развивающего образования Владимира Кудрявцева, 2004. – 5 с.
4. Леонтьев Д. А. Факторная структура теста смысложизненных ориентаций [Текст] / Д. А. Леонтьев, О. Э. Калашникова // Психологический журнал. – 1993. №1. Т. 14. – С. 150-155.
5. Маслоу А. Самоактуализация [Текст] / А. Маслоу // Психология личности: Тексты. – М., 1982. – 382.
6. Маслоу А. Дальние пределы человеческой психики [Текст] / А. Маслоу. – СПб., 1997. – 430 с.
7. Первушина И. М., Хухлаев О. Е., Хухлаева О. В. Тропинка к своему Я. Как сохранить психологическое здоровье дошкольников. Генезис, 2010, 175с
8. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека [Текст] / К. Роджерс // Пер. с англ. Общ. ред. и предисл. Исениной Е. И. – М.: Издательская группа «Прогресс», «Уни-верс», 1994. – 480 с.
9. Роджерс К. Р. Клиентоцентрированная терапия [Текст] / Т. Гордон, Э. Дорфман, К. Роджерс, Н. Хоббс // Пер. с англ. В. В. Лях, А. П. Хомик. – М.: «Рефл-бук», К.: «Ваклер», 1997 – 320 с.
10. Роджерс Н. Творчество как усиление себя [Текст] / Н. Роджерс // Вопр. психол, 1990. № 1. – С. 164-168.
11. Слободчиков В. И., Исаев Е. И. Основные ступени развития субъектности человека: Учебное пособие для вузов. – М.: Школьная Пресса, 2000. – С. 212-385.

УСТОЙЧИВОСТЬ ЖИЗНЕННОГО МИРА СТУДЕНТОВ МАЛОГО ГОРОДА И МЕГАПОЛИСА КАК ХАРАКТЕРИСТИКА ЖИЗНЕННОГО РЕСУРСА И ПОТЕНЦИАЛА ЧЕЛОВЕКА

И. О. Логинова, В. Б. Чупина, Ю. В. Живаева

*ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ*

При осмыслении такого феномена как «жизненный ресурс» интересной является точка зрения Е. В. Балацкого, которая отражена в его

экономической теории жизненных ресурсов. 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 насыщенности и в их субъективной значимости (Чупина, 2010).

В процессе жизнедеятельности человек обретает спектр разнообразных возможностей, реализация которых расширяет эти возможности. Однако для человека встает не столько проблема выбора возможностей, но прежде всего проблема эффективного их осуществления, и тем самым осуществления себя. Жизненное самоосуществление человека есть процесс, «основанный на превращении возможностей человека в потенции, то есть в силы, выводящие человека за пределы его наличного бытия в тех точках жизненного мира, в которых окружающая человека среда отвечает его возможностям появлением новых (ценностно-смысловых) измерений» (Клочко, 2005). Существующие потенции могут быть использованы вследствие действий человека для перехода на новый уровень бытия. При этом необходим некий импульс, толчок, стимул – определенное состояние духа (Лебедев, 2007), способствующее расширению жизненного мира, жизненного пространства человека как пространства его жизненного самоосуществления (Логинова, 2009). Мы полагаем, что таким импульсом может выступать такая системная характеристика человека как жизненный потенциал.

Для того чтобы определить значение жизненного потенциала необходимо рассмотреть более широкое понятие «потенциал». Понятие потенциала относится к деятельности человека, а сам человек является его носителем. Потенциал характеризует состояние человека с точки зрения возможности осуществлять определенного вида и качества деятельность. Эти возможности создаются обществом в ходе его исторического развития, определяются комплексом различных факторов в их единстве и взаимосвязи. Человеческая деятельность есть процесс реализации потенциала.

Современные исследователи определяют понятие потенциала как возможности. Данное определение берет начало от философского учения Аристотеля, который, определял акт и потенцию как основу развития, при этом бытие делилось на «потенциальное» и «актуальное».

В психологической науке изучением понятия потенциала занимались такие авторы как Д. Ротгер («поведенческий потенциал» в контексте

теории социального научения); Д. Е. Берлайн (потенциал активации), К. Левин с помощью потенции описывал психологическую силу, К. Роджерс (полноценное человеческое функционирование), Ш. Бюлер, А. Маслоу (самоактуализация, самореализация).

Разработкой и изучением потенциала личности занимается В. Н. Марков, который определяет понятие потенциала личности как систему его возобновляемых ресурсов, которые проявляются в деятельности, направленной на получение социально значимых результатов. Личностный потенциал формируется у человека в течение всей жизни и является базовой площадкой для реализации и осуществления человеком своих ресурсов.

В социологической концепции человеческого потенциала (разрабатываемая сначала в Институте человека РАН, а в настоящее время в Институте философии РАН), которая исходит из того, что не менее, чем материальное благополучие человека, значимы также его жизненные интересы, права, возможности самореализации – т. е. вся совокупность того, что относится к сохранению, развитию и реализации его собственных способностей и возможностей выделяются различные компоненты потенциала.

Понятие интеллектуального потенциала, раскрывает В. Ж. Келле, который считает, что он отражает интеллектуальную сторону человеческой деятельности – способность к постановке целей и поиску средств их реализации, без чего предметная деятельность невозможна (Келле, 2011).

Адаптационный потенциал, по мнению И. И. Ашмарина, это актуализация адаптационных возможностей – необходимое (а при определённом рассмотрении и достаточное) условие устойчивого человеческого развития (Ашмарин, 2000).

Человеческий потенциал индивида только отчасти представляет собой нечто данное ему от рождения – в значительной мере он формируется, развивается в процессах социализации личности. Это важно также и в том смысле, что и актуально имеющийся, сформированный у человека потенциал может раскрываться, реализовываться в разной степени в зависимости как от внешних условий, так и от самого индивида.

Понятие о личностном адаптационном потенциале идет от концепции адаптации и оперирует традиционными для этой научной парадигмы терминами. А. Г. Маклаков считает способность к адаптации не только индивидуальным, но и личностным свойством человека (Маклаков, 2001). Данные психологические особенности человека составляют его личностный адаптационный потенциал, который, согласно А. Г. Маклакову, включает следующие характеристики: нервно-психическую устойчивость, уровень развития которой обеспечивает толерантность к стрессу; самооценку личности, являющуюся ядром саморегуляции и определяющую степень адекватности восприятия условий деятельности и своих возможностей; ощущение социальной поддержки, обуславливающее

чувство собственной значимости для окружающих; уровень конфликтности личности; опыт социального общения.

Д. А. Леонтьев вводит понятие личностного потенциала как базовой индивидуальной характеристики, стержня личности. Личностный потенциал, согласно Д. Леонтьеву, является интегральной характеристикой уровня личностной зрелости, а главным феноменом личностной зрелости и формой проявления личностного потенциала является как раз феномен самодетерминации личности. Личностный потенциал отражает меру преодоления личностью заданных обстоятельств, в конечном счете, преодоление личностью самой себя, а также меру прилагаемых ей усилий по работе над собой и над обстоятельствами своей жизни (Леонтьев, 2002).

В. Е. Клочко и Э. В. Галажинский предлагают понятие «инновационного потенциала» человека, который можно «представить состоящим из трех основных блоков, иерархически связанных между собой. Он включает в себя:

1. Личностные качества, такие как толерантность к неопределенности, способность к оправданному риску, ответственность, потребность в самореализации, мотивация достижения, рефлексивность, креативность (качества интеллекта, интеллектуальная инициатива).
2. Компетенции, прежде всего такие, как проектная компетентность, коммуникативная компетентность, информационная компетентность.
3. Витальность (особенности ценностно-смысловой организации жизненного мира, жизнестойкость, суверенность, трудоспособность, мобилизационный потенциал, уровень саморегуляции, ориентация человека на определенное качество жизни)» (Клочко, Галажинский, 2009).

Более содержательно понятие жизненного потенциала раскрыто в социологической концепции жизненного (или «человеческого») потенциала Зараковским Г. М. и Степановой Г. Б., которые утверждают, что жизненный потенциал - интегральное свойство индивида или социума, лежащее в основе его способности к продуктивной жизнедеятельности, то есть, такой жизнедеятельности, которая обеспечивает сохранение жизни и повышение её качества в расширяющихся границах внутренних и внешних условий (Зараковский, Степанова, 1998).

Жизненным потенциалом обладает каждый отдельный человек и любой социум – от производственного коллектива или слоя общества до населения Земли в целом. Применительно к социумам следует использовать термин «популяционный потенциал».

Рассмотренные нами разные виды потенциала человека соотносятся с его жизненным потенциалом и содержательно раскрывают его различные стороны, они соразмерны активности человека, позволяя быть

ему инициативным и ответственным за свою судьбу в определенных пределах. Эти пределы определяются особенностями той психологической системы, которая может быть обозначена как «многомерный мир человека». Данная идея реализуется в системной антропологической психологии – относительно новом направлении науки, особенность которого заключается в том, что его создатели исходно ставили своей задачей построение методологического базиса теории таким образом, чтобы он максимально укладывался в общее русло объективных тенденций становления психологического познания (Клочко, Галажинский, 2009)

Таким образом, жизненный потенциал – особого рода возможность, которая, реализуясь, все время сохраняется как возможность дальнейшей жизнедеятельности. Не только для формирования, но и для реализации потенциала нужны средства – прежде всего те, которые дают возможность человеку действовать.

Однако, в этой схеме «жизненные ресурсы – потенции – жизненный потенциал» не хватает еще одного звена, это условия. Когда условия и ресурсы пересекаются – есть выход к самореализации, при этом происходит постоянное пополнение жизненных ресурсов. Условия в данном случае являются источником движения к самореализации. Однако если они благоприятные, то мы можем говорить о накоплении жизненных ресурсов и реализации потенциала в полном объеме. В случае же если – неблагоприятные, то речь пойдет о трате ресурсов, либо может произойти переориентация вектора движения человека и здесь возникает проблема психологической устойчивости человека.

Проблема устойчивости человека сложна и в конкретно-практических аспектах, и теоретически, в качестве решения задачи присутствия, сохранения человека как сущности, организма, индивидуальности, личности. Но истинную ее сложность определяет то, что и сам человек существует только в движении, в непрерывном процессе саморазвития. Два условия жизни (меняющийся мир и меняющийся человек) взаимосвязаны: человек меняется под воздействием изменяющегося мира, но и сам мир меняется под воздействием человека, поскольку в значительной степени им и создается. Проблема в том, что если человек включен в мир и тем самым является одним из условий саморазвития мира, то у человека имеются и свои ресурсы (источники) саморазвития.

Психологическую устойчивость личности можно рассматривать как сложное качество личности, синтез отдельных качеств и способностей. Насколько она выражена – зависит от множества факторов. Психологическую устойчивость поддерживают внутренние (личностные) ресурсы и внешние (факторы социальной среды).

В период резких социально-экономических изменений значимость опор психологической устойчивости возрастает, в частности, это проявляется в том, что обостряется потребность в групповой принадлежности.

Человеку всегда необходимо ощущать себя частью «мы», частью какой-либо группы, осознавая принадлежность к которой, человек обретает опору в жизни. Именно социокультурная идентичность, которая, согласно классическому определению Генри Тэджфела (Tajfel), есть часть индивидуальной «Я-концепции», происходящая от знаний индивида о собственном групповом членстве в сочетании с его ценностями и эмоциональными проявлениями. Социокультурную идентичность рассматривают как динамическую прижизненно формируемую в ходе взаимодействия и активного построения социальной реальности систему социальных конструктов субъекта, которая оказывает влияние на его ценностно-смысловую сферу и поведение.

Понимая устойчивость как качественную характеристику психологической системы, обеспечивающую определенный режим функционирования, результатом которого выступает «жизнестойкость» по отношению к «внешним» и «внутренним» воздействиям (Клочко В. Е., Лукьянов О. В., 2009), одним из авторов данной статьи (Логинова И. О., 2010) разработана специальная процедура для ее исследования – методика «Исследование устойчивости жизненного мира человека». Данная методика позволяет выявлять особенности устойчивости жизненного мира, располагающиеся в диапазоне «низкая степень устойчивости жизненного мира человека – высокая степень устойчивости жизненного мира человека», проявляющиеся в специфических формах взаимодействия человека с миром:

- низкая степень устойчивости жизненного мира человека проявляется в двух «крайних» формах устойчивости: гиперустойчивости (отсутствии готовности к изменениям под влиянием обстоятельств, сохранении выработанных форм взаимодействия с миром) или гипоустойчивости (наличием готовности к изменениям под влиянием обстоятельств, отсутствием выработанных форм взаимодействия с миром); - высокая степень устойчивости жизненного мира человека проявляется в «подвижной устойчивости» – способности к такому взаимодействию с миром, когда имеется готовность к изменениям под влиянием обстоятельств и выработанные формы взаимодействия с миром, которые человек изменяет под влиянием обстоятельств.

С целью изучения устойчивости жизненного мира студентов нами было проведено психодиагностическое исследование. Исследование проводилось со студентами Лесосибирского педагогического института – филиала ФГАОУ ВПО «Сибирский федеральный университет», в количестве 146 человек, а так же со студентами Красноярского государственного педагогического университета им. В. П. Астафьева, количество выборки равнозначное, средний возраст исследуемых равен 19-20ти годам.

Характер социокультурной идентичности имеет свои особенности в зависимости от личностных характеристик исследуемых, одной из которых является мотивация достижения. Показатель, мотивации

достижения успеха по Х. Хекхаузену (Хекхаузен Х., 1986), рассматривается как сознательное стремление к цели, достижениям, успеху, поэтому для анализа результатов исследования устойчивости жизненного мира в зависимости от характера социокультурной идентичности мы посчитали целесообразным условно распределить исследуемые нами выборки в зависимости от соотношения показателей мотивации достижения и характера социокультурной идентичности:

1. позитивный показатель социокультурной идентичности – проявление мотивации достижения успеха;
2. позитивный показатель социокультурной идентичности – проявление мотивации избегания неудачи;
3. негативный показатель социокультурной идентичности – проявление мотивации достижения успеха;
4. негативный показатель социокультурной идентичности – проявление мотивации избегания неудачи.

Именно в рамках выделенных групп нас интересовали особенности устойчивости жизненного мира. Результаты исследования позволили обнаружить нижеследующее.

Анализируя характер устойчивости жизненного мира студентов КГПУ им. В. П. Астафьева условно выделенной нами первой подгруппы мы имеем возможность определить, что для исследуемых в большей степени характерен конструктивный характер проявления устойчивости жизненного мира. Качество этой устойчивости достигается за счет выраженной самооткровенности, проявляющейся в ценностном типе времени, развитой способности к рефлексии собственной жизни и высокой ответственности по отношению к себе, своей жизни, своему окружению. Можно полагать, что для данной группы студентов характерна «подвижная устойчивость» (Логинова И. О., 2010), позволяющая держать баланс между равновесием и хаосом. При этом «внешние» воздействия используются во благо «организма», обеспечивая пространство осуществления себя в процессе собственной жизни. Интересен тот факт, что для студентов Лесосибирского педагогического института условно выделенной нами первой подгруппы характерен так же конструктивный характер проявления устойчивости жизненного мира, однако, качество этой устойчивости несколько иное, чем у представителей предыдущей группы. Для них характерно обнаружение и возможность разрешения противоречия между образом мира и образом жизни человека. Понимание собственных жизненных «дефицитов». Демонстрация готовности к их восполнению путем целеполагания и рефлексии. Стремление гармонизировать отношения между образом мира и образом жизни человека.

Студентов второй подгруппы (позитивные показатели социокультурной идентичности и проявление мотивации избегания неудач) отличает преобладание среди исследуемых неконструктивного характера

проявления устойчивости жизненного мира студентов. Анализ результатов исследования студентов КГПУ им. В. П. Астафьева выявил наличие в условно выделенной нами второй подгруппе студентов характеризующихся конструктивным характером устойчивости жизненного мира (27,3 %). Для данных студентов характерен конструктивный характер проявления устойчивости жизненного мира на определенном этапе становления, однако, качество которого отличается от первой подгруппы. Это проявляется в способности обнаруживать и разрешать противоречия между образом мира и образом жизни, удерживая систему в состоянии постоянного «решения задач на смысл», за счет чего осуществляется взаимодействие с миром, самим собой, приводящее к образованию новых связей, отношений. Показательно наличие ощущения недостатка ресурса для разрешения противоречий у данной категории людей (они об этом говорят, их действия свидетельствуют о постоянном поиске такого ресурса), что на общем фоне выступает как проявление поисковой активности в расширении собственного потенциала и возможностей среды, способных удовлетворить запрос. Можно полагать, что это результат проявления позитивной социокультурной идентичности, несмотря на доминирование мотивации избегания неудач.

У большинства студентов Лесосибирского педагогического института 86,5 % и так же у 62,3 % исследуемых студентов КГПУ им. В. П. Астафьева выявлен неконструктивный характер устойчивости жизненного мира. Для исследуемых характерно обнаружение и невозможность разрешения противоречия между образом мира и образом жизни. Студенты ощущают недостаток ресурса (собственного потенциала, условий среды) для разрешения противоречия между образом мира и образом жизни. Нарушена непрерывность личностной истории, самоидентичности, утрачены цели и смыслы жизнедеятельности. Отсутствие равновесия между реальностью и желаемой гармонией.

Стагнационный характер устойчивости жизненного мира выявлен у 13,5 % студентов Лесосибирского педагогического института и у 10,4 % студентов КГПУ им. В. П. Астафьева. Это означает, что исследуемым характерна невозможность обнаружения противоречия между образом мира и образом жизни. У них снижена рефлексивная способность. Отсутствует ценностное отношение к жизни.

Объяснение данным результатам сформулированы нами в более ранних работах, где представлены три варианта дефицитарности, обусловливающей становление жизненного самоосуществления психологической системы (Логинова И. О., Чупина В. Б., Живаева Ю. В., 2011). В описываемом феномене мы обнаруживаем пример второго варианта – противоречие между образом мира и образом жизни настолько велико, что у человека нет возможности оформить его в виде определенной цели, на достижение которой «можно работать», гармонизируя этот дисбаланс.

Здесь обнаруживается полная неопределенность результата, которая ограничивает возможности участия человека в управлении движением системы. Как только человек не в силах «ликвидировать» эту разницу в образе мира и образе жизни (в связи с пониманием, что у него недостаточно ресурса для этой ликвидации, зависящего как от его собственного потенциала, так и условий среды) система начинает «скатываться в хаос», характеризующийся, наряду с позитивными, и негативными последствиями, среди которых, по мнению Краснорядцевой О. М., нарушение непрерывности личностной истории, самоощущенности, утрата целей и смыслов жизнедеятельности, возникающих в силу отсутствия равновесия между реальностью и желаемой гармонией, образом мира и образом жизни (Краснорядцевой О. М., 2008). Однако, этот процесс можно также считать продуктивным при условии сохранения активности и ответственности человека по отношению к самому себе; здесь может использоваться режим поиска, генерации новых жизненных контекстов, «рождающих» новые смыслы, существенным образом расширяющих пространство жизненного самоосуществления человека, и это может быть обусловлено по нашему мнению позитивными показателями социокультурной идентичности у исследуемых данной подгруппы. В исследуемой нами выборке не выявлено соотношение показателей социокультурной идентичности – негативный показатель, проявление мотивации достижения успеха.

Студентов четвертой подгруппы, для которых характерно наличие негативной социокультурной идентичности и проявление мотивации избегания неудач, отличает преобладание неконструктивного и стагнационного характера устойчивости жизненного мира. Анализируя результаты исследования студентов четвертой подгруппы мы выявили факт того, что для большинства студентов Лесосибирского педагогического института и для 31, 9 % студентов КГПУ им. В. П. Астафьева свойственна стагнационная устойчивость жизненного мира. Стагнационная устойчивость, характеризует организованный человеком процесс жизнедеятельности, который ориентирован на использование ранее сформированных форм взаимодействия с окружающим миром, зачастую неадекватных условиям настоящей жизненной ситуации. Стагнационный характер проявления устойчивости жизненного мира не способствует продуктивному и оптимальному жизненному самоосуществлению. Высокая степень выраженности стагнационного характера проявления устойчивости жизненного мира человека, определяет особенности таких характеристик как отсутствие ценностного отношения к жизни, перспектив дальнейшего движения, снижение рефлексивной способности, доминирование стереотипных продуктов жизнедеятельности, неспособность к решению творческих задач, не возможность адекватно оценить собственные жизненные дефициты.

На основании выявленных результатов исследования можно сделать вывод о том, что характер режима функционирования самоорганизующейся психологической системы может быть как конструктивным, так и неконструктивным, в зависимости от соответствия режима функционирования условиям и требованиям среды, а это означает он изначально обусловлен особенностями социокультурной идентичности. Эта взаимосвязь среды, создающей обстоятельства жизни человека, и самого человека, способного изменять условия собственной жизнедеятельности, позволяет выбирать оптимальный режим функционирования психологической системы: особым образом организованный человеком процесс жизнедеятельности, способствующий сохранению здоровья, личностному росту и творчеству. Важнейшей системной особенностью выступает, как показали исследования Ключко Е. В., Краснорядцевой О. М., Логиновой И. О., Лукьянова О. В., – тенденция к оптимизации своего потенциала, характеризующая жизненный путь любого человека. Эта оптимизация считается успешной, если человеку удастся достичь гармоничного развития самореализации во всех жизненно важных для него сферах.

Таким образом, на основании данных психодиагностического исследования и анализа теоретических источников мы имеем возможность говорить о том, что психологическая устойчивость человека непосредственно определяет его жизнеспособность, психическое и соматическое здоровье. Без сохранения психологической устойчивости реализация физических и духовных потенций невозможна. Следовательно, невозможно и удовлетворение от процесса самореализации, невозможно ощущение умственного и социального благополучия. Вопросы психологической устойчивости личности имеют огромное практическое значение, поскольку устойчивость охраняет личность от дезинтеграции и личностных расстройств, создает основу внутренней гармонии, полноценного психического здоровья, высокой работоспособности.

Литература

1. Ашмарин И. И. Человеческий потенциал России. – М., 2000. – 197 с.
2. Ключко, В. Е. Человек как самоорганизующаяся психологическая система // Человек как самоорганизующаяся психологическая система: Материалы региональной конференции. – Барнаул, 2000.
3. Логинова, И. О. Жизненное самоосуществление: системно-антропологический контекст: Автореф. дис. . д-ра психол. наук. Спец.: 19. 00. 01-общая психология, история психологии, психология личности / И. О. Логинова. – Томск, 2010.
4. Краснорядцева, О. М. Реконструкция ценностно-смысловой структуры ситуации деятельности как метод исследования особенностей ментального пространства личности // Личность в парадигмах и метафорах: ментальность – коммуникация – толерантность / Под ред. В. И. Кабрина. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2002.
5. Магомед-Эминов, М. Ш. Мотивация достижения: структура и механизмы: Автореф. дис. канд. – М., 1987.

6. Чупина В. Б. Социокультурная детерминация самооценки и самореализационного потенциала молодых преподавателей ВУЗа. Дис... канд. психол. наук. – Барнаул., 2004. – 219 с.
7. Хекхаузен, Х. Мотивация и деятельность. В 2-х томах. – М., 1986.
8. Loginova I. O., Chupina V. B., Zhivaeva Y. V. Sociocultural Characteristics of Psychological Education in the Context of Systemic-Anthropological Approach // Journal of Social Sciences, Volume 8, Issue 2, P. 281-293.

ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ КАК ЖИЗНЕННЫЙ РЕСУРС И ПОТЕНЦИАЛ В УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

**Н. Н. Медведева, Е. П. Шарайкина, В. Е. Беззаботнов,
Н. П. Багухтина, Л. Ю. Вахтина, С. Н. Деревцова, В. П. Ефремова,
Т. В. Казакова, В. В. Никель**

*ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ*

Наличие определенных ресурсов, потенциалов, возможностей расширяет поле деятельности любой личности, в том числе и студентов, делая значимые цели в жизни более достижимыми (Быченко, 2001). Ресурсы как бы субъективно повышают ценность человека в глазах окружающих и в его собственном мнении о самом себе, делают его более сильным, значительным и продуктивным (Соловьева, 2010). **Общеизвестно, что здоровье является основополагающим жизненным ресурсом человека, оно** подразделяется на физическое и душевное, а гармоничное сочетание обоих компонентов обеспечивает на долгие годы творческую активность.

Уровень здоровья общества становится характеристикой его жизнеспособности как социального организма, гармоничного развития и поддержания равновесия с окружающей средой. Здоровье, не являясь неизменным, данным от природы свойством, представляет собой динамический процесс, и каждому человеку требуется научиться управлять происходящими в организме процессами. Не менее важно формировать потенциал здоровья, особенно у студентов, создавать, развивать, активизировать позитивные для организма условия, факторы, обстоятельства, которые содержатся в самых различных сторонах жизни человека. Для этого необходимо, чтобы ценность здоровья в рамках культуры его формирования была наивысшей и определялась потребностью не столько в самосохранении, сколько в самосовершенствовании (Морозова, 2012). Отчётливо проявившееся осознание неудовлетворённости имеющимся потенциалом здоровья способствует формированию у индивида потребности сохранения и самосовершенствования его. В результате человек целенаправленно ищет и находит созданные культурой методы

достижения полноценного психофизического состояния для увеличения потенциала здоровья, с ориентацией на развитие и расширение возможностей своего организма, т. е. сохранение и укрепление своего физического и психического ресурса здоровья. Поэтому умело организованные совместными усилиями профессорско-преподавательского состава и студентами вуза, врачами и педагогами кафедры физкультуры процессы воспитания являются одним из самых действенных способов закрепления установки студентов на развитие, сохранение и укрепление своего физического и психического здоровья. В настоящее время становятся очевидными общественные потребности во всеобъемлющем использовании средств воспитания для формирования здорового образа жизни, менталитета молодого поколения как важнейших факторов обеспечения жизнеспособности и созидательной активности молодёжи (Шабунова, 2010).

Эксперты Всемирной организации здравоохранения считают, что здоровье – это важнейшая характеристика человеческого и трудового потенциала, человеческого капитала (ВОЗ, 2009). Экспертами ВОЗ доказано, что улучшение качества и увеличение продолжительности жизни населения ведет к ускорению экономического развития государства, росту его валового национального продукта. С каждой ступенью развития человеческой цивилизации усиливается взаимозависимость общества и индивида, в том числе, и в плане сохранения здоровья. Реализация людьми общественных интересов, выполнение социальных задач во многом определяются состоянием их индивидуального здоровья. В свою очередь, состояние здоровья индивидов напрямую зависит от того, насколько здорово само общество (ВОЗ, 2004). Такая взаимозависимость позволяет говорить о здоровье как о социальном феномене. Поэтому забота об укреплении здоровья населения является важнейшей задачей государства и общества. Приоритетность здоровья обуславливает необходимость его глубокого изучения, понимания причин и факторов его изменения. Исходя из определения здоровья, данного Всемирной организацией здравоохранения, выделяют три его компонента:

- 1) биологическое (физическое) здоровье: совершенство саморегуляции в организме и максимальная адаптация к окружающей среде;
- 2) психическое здоровье: состояние общего душевного комфорта, обеспечивающее адекватную поведенческую реакцию;
- 3) социальное здоровье: система ценностей, установок и мотивов поведения индивида в обществе, мера его социальной активности, трудоспособности как форма деятельного отношения к миру.

По данным международного конгресса «Здоровье, обучение, воспитание детей и молодежи в XXI в. » (Габриелян, 2004) было обнаружено, что морфологические показатели выпускников школ меняются не в лучшую сторону: во всех возрастных группах масса тела подростков

московских школ регистрируется ниже в среднем на 7-9 кг. Средний уровень физической подготовленности в 10-11-х классах равняется примерно 70-80 % того, что было 20-25 лет назад. По данным Института возрастной физиологии Российской академии образования (Сонькин, 2008), здоровью школьников не способствуют как значительные учебные перегрузки, так и рост асоциальных явлений. Результаты мониторинга московских старшеклассников и студентов первых курсов начального и среднего профессионального образования, полученные в 2005 году Национальным научным центром наркологии Министерства здравоохранения РФ, свидетельствуют о том, что регулярно курят 40 %, употребляют пиво – 38 %, вино – 18 %, крепкие напитки – 15 %, пробовали наркотики – 25 % школьников. Министерство обороны Российской Федерации сообщает, что опыт употребления наркотиков имеют 70 % призывников. Формирование зависимости и болезни приходится на 18 лет, пик – на возраст студенчества (Кошкина, 2012). Эти и другие факторы в своей совокупности могут вызывать перенапряжение физической и психической сферы студентов и, как следствие, приводить к переутомлению и дезадаптации. По данным В. М. Суханова (2005), анализ состояния соматического и психического здоровья студентов-первокурсников свидетельствует о том, что почти две трети из них имеют такие формы дезадаптации, как астеническую, тревожную и ипохондрическую, которые в значительной степени связаны с невысоким уровнем физического здоровья. Итогом выше перечисленных процессов является снижение успеваемости и ухудшение здоровья. Поэтому вопросы состояния здоровья и успеваемости студентов первого курса являются актуальными для системы образования высшей школы.

Студенты, вчерашние школьники, поступившие на первый курс любого высшего профессионального учреждения, проходят определенный этап адаптации к новым принципам обучения. Анализ научной литературы показывает, что на процесс адаптации студентов к обучению влияют многочисленные факторы (Соловьев, 2005; Лахтин, 2011). Помимо учебной нагрузки, сказываются: постоянный дефицит времени, зачастую нарушение режима питания и сна, проблемы межличностных отношений в быту и в учебной группе. К этим данным необходимо добавить, что здоровых учащихся к окончанию общеобразовательных школ остается всего около 10 % от общего числа выпускников, а 85 % выпускников школ имеют хронические заболевания (Терещева, 2002). Для студента основной сферой успешности является учебная деятельность по освоению профессии. Низкая успеваемость и неуспеваемость студентов вузов имеют социальные, педагогические и организационно-административные аспекты. По мнению В. А. Лазаренко и соавт. (2010), образовательная деятельность относится к разряду потенциально опасных для здоровья, поэтому в последнее время в вузах стали учитывать как вопросы успеваемости, так и вопросы здоровья.

Сотрудниками кафедры анатомии и гистологии человека Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого на первом этапе обследования студентов-первокурсников были изучены индивидуальные показатели различий студентов на морфологическом уровне и сопоставлены с их академической успеваемостью.

«Материал и методы». Объектом исследования послужили студенты Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, поступившие на первый курс пяти специальностей: лечебное дело, педиатрия, стоматология, клиническая психология и медицинская кибернетика. Общая численность выборки составила 551 человек, из них 377 девушек (68,4 %) и 174 (31,6 %) юношей. Возрастная периодизация проводилась в соответствии «Схемы возрастной периодизации онтогенеза человека», принятой на VII Всесоюзной конференции по проблемам возрастной морфологии, физиологии и биохимии АПН СССР (1965). Средний возраст обследованных составил $18,27 \pm 0,087$ лет. Сбор материала регистрировался в специально составленной карте обследования, включающей разделы паспортных, антропометрических, функциональных и клинических данных. В работе представлены статистически обработанные данные антропометрического обследования студентов-первокурсников и данные первоначальной успеваемости. Планируется дальнейшая статистическая обработка функциональных и клинических параметров студентов, полученных в результате медицинского осмотра в поликлинике КрасГМУ с последующим мониторингом показателей физического здоровья студентов.

«Результаты». Антропометрическое обследование студентов показало, что показатели роста юношей составили $178,0 \pm 0,05$ см, показатели роста девушек – на 14 см меньше (табл. 1), масса тела юношей составила $72,18 \pm 0,88$ кг, масса девушек – практически на 17 кг меньше. В таблице 1 представлены данные, характеризующие росто-весовые отношения студентов первого курса КрасГМУ.

Таблица 1

**Гендерные показатели роста,
веса и ИМТ студентов первого курса КрасГМУ**

№	Показатели роста, см M±m	Показатели массы, кг M±m	ИМТ M±m
М	178,0±0,05	72,18±0,88	22,73±0,239
Ж	164,0±0,04	55,36±0,73	20,52±0,246

Индекс массы тела (ИМТ) является величиной, позволяющей оценить степень соответствия массы тела человека его росту, и косвенно оценить, является ли масса тела недостаточной, нормальной или избыточной. ИМТ в пределах 18,5-24,99 соответствует нормальному или

идеальному весу индивида и не несет опасности для здоровья. ИМТ ниже 18,5 оценивается Комитетом ВОЗ (2004) как проявление хронической энергетической недостаточности (ХЭН), по данным Т. А. Лосевой (2011) – оценивается как дистрофия. В соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 2009) применяется следующая интерпретация показателей ИМТ: дефицит массы <18,50; небольшой дефицит массы тела – 17,00-18,49; умеренный дефицит массы тела – 16,99-16,00; выраженный дефицит массы – <15,99, норма – 18,50 – 24,99, избыточная масса – $\geq 25,00$, предожирение – 25,00 – 29,99, ожирение $\geq 30,00$. Ожирение I степени соответствует 30,00 – 34,99, ожирение II степени – 35,00 – 39,99, III степени $\geq 40,00$. Средние показатели ИМТ как у юношей, так и у девушек можно охарактеризовать как нормальные, но величина ИМТ у девушек достоверно ($p < 0,001$) ниже аналогичного показателя юношей. Среди девушек ИМТ <18,5 выявлен у 92 (24,4 % случаев), среди юношей этот показатель – почти в 5 раз меньше (табл. 2). Среди юношей нормальный вес регистрировался в 75,3 % случаев, среди девушек – почти на 7 % реже. Повышенная масса тела среди юношей выявлялась в 2 раза чаще, также как и ожирение (ИМТ >30,0) по сравнению с девушками.

Таблица 2

Характеристика ИМТ обследованных в зависимости от пола

Показатели	ИМТ<18,5	ИМТ=18,5-24,9	ИМТ=25-29,9	ИМТ>30,0
Ж (n, %)	92 (24,4)	252(68,4)	25 (6,6)	8 (2,1)
М (n, %)	9(5,2)	131(75,3)	27(15,5)	7(4,0)

Учитывая, что у девушек недостаточная масса тела выявлялась почти у каждой четвертой (24,4 %), нами был определен ИМТ <17,5 и ИМТ <16,5, т. е. небольшой и умеренный дефицит массы. Данные ИМТ девушек с недостаточной массой тела разной степени представлены в таблице 3.

Таблица 3

Характеристика ИМТ девушек с недостаточной массой тела

Показатели	ИМТ<18,5	ИМТ=17,5	ИМТ=16,5
n, %	29 (31,5)	43 (46,7)	20 (21,8)

Согласно рекомендациям ВОЗ (2012), из числа студенток первого курса КрасГМУ, имеющих дефицит массы тела, наблюдается в 46,7 % случаев в основном небольшой и умеренный – в 21,8 %. Избыточная масса тела (или предожирение) регистрировалась у 6,6 % студенток, ожирение – в незначительном проценте случаев (табл. 2).

По данным Т. А. Лосевой (2011), антропометрическое обследование первокурсников показало, что у студентов Московского колледжа

управления и новых технологий показатель ИМТ юношей соответствовал $22,2 \pm 2,7$, девушек – $20,7 \pm 1,7$, т. е. практически не имел достоверных отличий от аналогичных показателей студентов-первокурсников КрасГМУ. Студенты-юноши Москвы с ИМТ < 18,5 определялись в 6,7 % случаев, девушки – в 12,2 %. Авторы делают выводы, что такие столь неудовлетворительные показатели ИМТ вызывают особую тревогу в связи с низкой физической активностью подростков: среди юношей занимаются спортом вне стен колледжа 44,8 %, среди девушек – только 8,2 %. Сопоставление полученных результатов первокурсников КрасГМУ показало, что на первом курсе девушек в 2 раза больше с аналогичным показателем ИМТ < 18,5, юношей – наоборот, меньше проценте на 1,5 %.

Анализ физического статуса студентов-первокурсников Северного государственного медицинского университета (Юшманова, 2012) показал, что среди студентов-первокурсников с недостаточной массой тела (ИМТ < 18,5) регистрировалось 10 %, с ИМТ в пределах 25,0-29,9, т. е. избыточной массой тела – 15 %. Исследователи отмечают, что в результате проведенного обследования студентов установлено, что показатели физического и психологического здоровья в группе лиц юношеского возраста, как факторы, отражающие качество жизни, находят свое выражение в прямых или обратных корреляционных связях с ИМТ. В то же время среди студентов Северного государственного медицинского университета низкая масса тела выявлялась в значительно меньшем проценте случаев (10 %), так же как и повышенная массы тела по сравнению с аналогичными данными студентов-первокурсников КрасГМУ.

В 2010 году студентки младших курсов КрасГМУ были обследованы В. Н. Черновым (2011). Анализ полученных данных показал, что с ИМТ < 18,5 было выявлено 18,85 %, из них с ИМТ < 16,5 – 2,5 %, с избыточной массой тела – 15 %, ожирение не выявлялось. Результаты обследования свидетельствуют, что за последние 2 года наблюдается увеличение на 5,5 % (до 24,4 %) числа студенток КрасГМУ со сниженным показателем ИМТ. По мнению ряда авторов (Афанасиевская, 2009; Веневцева, 2012) необходим мониторинг физического статуса студентов, учитывая тенденцию к дефициту массы тела, так как здоровье студентов является определенной ценностью образовательного процесса.

Средний балл успеваемости студентов на первом курсе КрасГМУ составил 3,44: у девушек – 3,48, у юношей – 3,39. Успешность обучения студентов первого курса КрасГМУ в зависимости от характеристики ИМТ представлена в таблице 4. Результаты обучения студентов первого курса показали, что средний балл студенток более высокий как среди девушек, имеющих умеренный дефицит массы тела (ИМТ < 17,5 и ИМТ < 16,5), так и с ожирением (данные предварительные). У юношей с ожирением средний балл был самым высоким.

**Гендерные показатели среднего балла студентов первого курса
КрасГМУ в зависимости от величины ИМТ**

Показатели	ИМТ<18,5	ИМТ<17,5	ИМТ<16,5	ИМТ=18,5-24,9	ИМТ=25-29,9	ИМТ>30,0
Средний балл студентов	3,39	3. 45	3. 50	3,54	3,4	3,5
Средний балл студентов-юношей	3,37	-	-	3,38	3,42	4,0

Данное исследование показало необходимость не только проведения мониторинга физического здоровья студентов, она нацеливает на установление причин, как дефицита массы тела, так и факторов предождения в каждом конкретном случае и свидетельствует необходимости индивидуальной профилактической или лечебной работы с каждым студентом.

Выводы:

1. Необходим комплексный мониторинг уровня психического, соматического здоровья и социальной адаптации студентов как оценки эффективности образовательного процесса и создания здоровьесберегающих технологий обучения.

2. Студенты первого курса высшего специального образования, имеющие дефицит массы тела и предождение, должны состоять на учете в вузовской поликлинике для проведения мероприятий индивидуального оздоровления, обеспечивающих своевременную медицинскую помощь и профилактику заболеваний.

Литература

- Афанасиевская Ю. С. Антропометрический портрет молодежи г. Краснодара и Краснодарского края. // XXXVI научная конференция студентов и молодых ученых ВУЗов Южного федерального округа /Тезисы докладов. – Краснодар, 2009. – Часть 3. – С. 4.
- Быченко Ю. Г. Важнейший показатель человеческого капитала //Человеческие ресурсы. – Москва, 2001. – С. 24-32.
- Веневцева Ю. Л. Динамика уровня здоровья студентов в процессе обучения // Профилактическая медицина. – 2012. – № 2. – С. 25-27.
- ВОЗ. Здоровье для всех. – Копенгаген. – 2009. – URL: <http://data.euro.who.int/hfad/>
- ВОЗ. Глобальная стратегия ВОЗ в области рациона питания, физической активности и здоровья: Резолюция 57. 17 от 22. 05. 2004. – Женева: ВОЗ, 2004.
- Возрастная периодизация //VII Всесоюзной конференции по проблемам возрастной морфологии, физиологии и биохимии. -М.:АПН СССР, 1965. – С. 42.
- Габриелян К. Г., Ермолаев Б. В. Состояние здоровья студентов вуза и проблема курения. Международный конгресс «Здоровье, обучение, воспитание детей и молодежи в XXI веке»: Материалы. – М, 2004. – С. 232-234.
- Кошкина Е. А. Тенденции в злоупотреблении психоактивными веществами среди молодежи города Москвы за 1999-2011 годы //Наркология, 2012. – №4. – С. 16-18.
- Лазаренко В. А., Коноплия А. И., Черных А. М. Система работы со слабоуспевающими студентами в Курском государственном медицинском университете: состояние, прогноз. – 2010. – kurskmed.com, cher-alex@yandex.ru

10. Лахтин А. Ю. Адаптация студентов первого курса к обучению в вузе средствами физической культуры: автореф. дисс. . . . канд. пед. наук/А. Ю. Лахтин. – Барнаул, 2011. – 24 с.
11. Лосева Т. А. Физическое и психическое здоровье первокурсников //Школа педагога СПО. – 2011. – №8. – С. 46-48.
12. Морозова Е. В. Особенности становления ориентаций студентов на освоение ценностей и норм физической культуры //Вестник Удмуртского университета. – 2012. – №4. – С. 45-48.
13. Соловьев В. Н. Физическое здоровье как интегральный показатель уровня адаптации организма студентов к учебному процессу //Современные проблемы науки и образования. – 2005. – № 2 – С. 10-12.
14. Соловьева С. Л. Ресурсы личности [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2010. – №2. – URL: [http:// medpsy. ru](http://medpsy.ru)
15. Сонькин В. Д. Компоненты качества жизни современных российских школьников // Институт возрастной физиологии Российской академии образования здоровья школьников. - Москва, 2008. – С. 4-24.
16. Суханов В. М. Адаптивные декомпозирующие алгоритмы управления полуактивной связкой механической систем //Пробл. управл. – 2005. – №3. – С. 66-71.
17. Трещева О. Л. Формирование культуры здоровья в условиях современного образования. – Омск: СибГАФК, 2002. – С. 34 с.
18. Чернов В. Н. Показатели микроциркуляции пародонта девушек юношеского возраста с различными характеристиками кефалометрических, одонтометрических и габаритных параметров: автореф. дис. . . . канд. мед. наук / В. Н. Чернов. – Красноярск, 2011. – 24 с.
19. Шабунова, А. А. Здоровье населения в России: состояние и динамика /А. А. Шабунова. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. – 408 с.

ХОЛИСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД – ОСНОВА ЗДОРОВЬЯ ЛИЧНОСТИ

Н. А. Русина

*ГБОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия»
Минздрава РФ*

Абсолютное единство тела и души отражается на нашем самочувствии. В теле запечатлены все события и весь опыт, который мы приобретаем в процессе жизнедеятельности. Тело хранит в себе все, что когда-либо было пережито: события, эмоции, стрессы и боль заключены в телесную оболочку. Хороший специалист всегда сможет угадать историю жизни человека, а также определить все несчастные случаи и заболевания, когда-либо происходившие с человеком, по строению и форме его тела, по его движениям, свободным или скованным, по напряжению в отдельных частях тела. Тело – это ходячая книга, в которой записаны наши переживания, травмы, волнения, заботы и отношение к себе, к людям, к миру. Неуверенная осанка, сутулая и «слабая» или же, наоборот, крепкая и сильная спина формируются с самых ранних лет, становясь

частью нашей сущности. Полагать, что тело есть лишь обособленный, механически работающий организм, значит, не видеть самого главного. Считать, что следствие (то есть болезнь тела) не связано с такой причиной, как чувства и эмоции, значит, отрицать существование самих эмоций. В таком случае позже появятся другие последствия: возникнет новый очаг болезни, свидетельствующий о нарушении равновесия в организме.

Болезнь: хорошо это или плохо? Каждое состояние, хорошее или плохое, является средством, с помощью которого нам даются указания о том, что происходит внутри нас. Боль сигнализирует об опасности, возникшей в организме. С помощью болевых ощущений организм, наша телесность обращается к нашему разуму: «Стой, остановись, обрати внимание на меня, не спеши». Заболевание дает нам время отдохнуть, осмыслить свою жизнь, свои ценности, расставить приоритеты. Болезнь подсказывает, что необходимо прекратить что-то делать, с ее помощью мы можем восстановить связь с теми частями тела, с которыми она была утрачена. С другой стороны, болезни часто совпадают с переменами в жизни, такими как переезд, новый брак или новая работа. Внутренние конфликты в такое время могут легко нарушить равновесие в организме, вызвать неуверенность и страх. Это делает нас беззащитными перед агрессивными вирусами и бактериями. Таким образом, мы видим, как мудро сообщаются между собой тело и душа, находясь в непрерывном взаимодействии.

Разведение понятий «тело» и «телесность» имеет принципиальное значение. «Тело» означает, прежде всего, физический объект, не несущий субъектности. К понятию «тело» ближе понятие анатомического субстрата человека. После умершего остается «тело». «Телесность» же есть одухотворенное тело. Человеческая телесность является процессом онтогенетического, личностного развития и исторического развития и выражает культурную, индивидуально-психологическую и смысловую составляющие человеческого существа. Понятия «тело» и «телесность» отличает мера жизненности. Как пример, однайцевые близнецы, имеющие сходную конституцию и телесность, и разнаяйцевые близнецы, имеющие близкую конституцию, но различающуюся телесность. В телесно-ориентированной терапии ярко проявляется телесность, так же, как в поведении танцующего человека, спортсмена. Телесность (плоть, живое тело, «тель, динамическое тело) рассматривается как особый феномен и предметное поле психологических исследований, занимающих пространство «между» душой и телом, в его физическом понимании. Пространство «между» – пространство переосмысления, новых смыслов, соединяющее противоположности.

Как известно, слову «душа» традиционно соответствует греческое слово «псюхе». Обнаруживаем в словарях следующие характеристики души: а) внутреннее «я» человека, его личность, б) внутренние

устремления и желания человека, в) чувства и эмоции, г) личность человека во взаимоотношениях с Богом, д) бессмертное духовное существо, одаренное разумом и волей.

«Седалище души искали внутри, а она, нежным покровом облекает нас» (Г. Г. Шпет). Есть суждение, что душа входит в тело младенца с его первым криком. А когда человек умирает, душа уходит, и тело становится легче. Но тело теряет телесность. Означает ли это, что потеря телесности сопровождается утрату души? Какие же отношения между телесностью и душой? Может ли быть телесность без души? А душа без телесности?

В традициях древней русской психологии плоть (телесность) осмысливалась как «дом и зеркало души, а душа как дом и зеркало духа» (Шевцов, 2006). Заключаем: не может быть телесности без души, а душа покидает тело и существует в коллективном бессознательном. Но душа и телесность не равнозначны. Природа их разная. Душа имеет какую-то условную «вещественность». Вещественность эта полевая, энергичная. В трудах русских ученых психологической петербургской школы рассматривался вопрос об энергичной природе души. Вещественность телесности скорее материальная плюс полевая.

Слову «дух» соответствует греческое слово пневма. «дуновение ветра» или «дыхание». Оно может также означать дарованную кому-то Богом «власть» и «силу», позволяющие совершать экстраординарные действия. Находим в словарях следующие определения духа: а) дух того или иного человека, его сущность, индивидуальность, б) внутреннее состояние человека, в) его умонастроение или предрасположенность к чему-то, г) то, что продолжает жить, когда после физической смерти душа человека отделяется от тела.

Дух является содержимым души. Душа автономна и индивидуальна. Дух существует как часть некоторой межличностной субстанции, осколок мирового духа. Душа, при ее кажущейся непространственности, находится между духом и телом. Все вместе они образуют целостный состав человека. Но помним: телесность есть одухотворенное тело. Душа – это избыток психики, а телесность – это избыток тела.

Из наших суждений заключаем следующее: душа, содержащая дух, наделяет им тело, которое приобретает телесность. Примирение происходит в пространстве «между», где встречаются деятельный дух, страждущая душа с живыми, одушевленными движениями тела.

Душа, как и телесность, может болеть. Душу, как и телесность, можно очищать, лечить, «целить». Термин «целительство» здесь наиболее уместен: делать целым, цельным то, что невозможно разделять и лечить отдельно. В традициях русской народной прикладной психологии методами «очищения» души считались «кресение», «душевная беседа» и др.

Теперь перейдем к приобретающей все большую убедительность парадигме медицины XXI века. Парадигма эта существовала в глубокой

древности: холистический подход к человеку, соединяющий в единстве его тело (в нашей терминологии «телесность»), душу и дух. По мнению русского философа И. А. Ильина, ни тело, ни душа человека не свободны, ибо связаны законами времени и причинами вещественной природы. Только дух человека имеет дар – вывести себя внутренне из любого жизненного созерцания, противопоставить его себе, оценить его, избрать или отвергнуть. Современная ситуация бытия требует от человека гибкости, умения владеть обстоятельствами, прогнозировать, «чувствовать», знать, «ведать», быть в состоянии «Дао». Это возможно лишь в условиях духовного бытия, когда начинается освобождение человека от «зашлакованности» чужой и собственной самостью. Находим в известных школах близкие практики: «разотождествление» в психосинтезе, «кресение» в русской народной психологии, «очищение» в практиках Востока, «исповедь» в различных религиозных верованиях, «восхождение» в интегральном психоанализе.

Наибольшим образом нарушение этого триединства наблюдается в психосоматических расстройствах. Психосоматические болезни не случайно называют «болезнями цивилизации», «болезнями образа жизни». Добавим: «болезнями души» (не смешивать с «душевыми», т. е. психическими болезнями). Частота психосоматических заболеваний достаточно колеблется в общемедицинской практике – от 30 до 60 %.

Пациенты с эмоционально обусловленными психосоматическими заболеваниями чаще всего сначала попадают на прием к врачу общего профиля. Каждый из нас имеет этот опыт: когда на приеме у врача в тебе видят только ту часть тела, которая в настоящий момент «болит». Врачу, особенно «узкому специалисту», как правило, все равно, кто ты, какова твоя личная история, что тебя тревожит и даже – какие еще части тела существуют у тебя, кроме болеющей. Но тело нельзя разделить на независимо функционирующие органы и системы, а всю их совокупность, в свою очередь, нельзя отделить от чувств и душевных переживаний. Вернее, теоретически – единую, целостную личность можно подразделить на много разных компонентов, но не следует рассматривать их по отдельности, так как они всегда тесно взаимосвязаны между собой. Болеющий человек остается целостным существом, и для того, чтобы разгадать тайну болезни, понять ее причину, проследить историю и выбрать наилучший способ лечения, – необходимо учитывать все сразу. Человек создан по законам гармонии, и телесность – это самое очевидное свидетельство тонкости и развитости разума.

Известны различные концепции этиопатогенеза психосоматических заболеваний: конверсии на орган «подавленного аффекта» (Фрейд З.), «болезни готовности», при которых происходит переход эмоций в телесную реакцию (Икскуль Т.), эмоциональных конфликтов, принципиально воздействующих на внутренние органы (Александр Ф.),

конstellации личностных черт (Данбар Х.), психосоматической дезадаптации (Гарбузов В. И.) и др. В работах С. А. Кулакова приведен исчерпывающий обзор всех психосоматических теорий (Кулаков, 2010).

Возникновение психосоматических заболеваний связано с внутренним конфликтом между одинаково сильными, но разнонаправленными мотивами. В отличие от неврозов, в основе которых также лежит внутриспсихический конфликт, при психосоматических заболеваниях происходит двойное вытеснение: вытесняется не только неприемлемый для сознания мотив, но и невротическая тревога по этому поводу, и все невротическое поведение в целом. Неразрешимый конфликт мотивов порождает реакцию капитуляции, отказа от совладающего поведения. Какие конкретно органы и системы органов поражаются при этом – зависит от наследственной предрасположенности или от особенностей развития личности. Последние определяют недостаточность механизмов психологической защиты, дефицит совладающих стратегий.

При определении специфических психологических конфликтов Ф. Александер выделял 3 аспекта. 1. Специфический конфликт предрасполагает пациентов к определенным заболеваниям только тогда, когда к этому имеются другие генетические, биохимические и физиологические факторы. 2. Определенные жизненные ситуации, в отношении которых пациент сенсibilизирован в силу своих ключевых конфликтов, реактивируют и усиливают эти конфликты. 3. Сильные эмоции сопрождают этот активированный конфликт и на основе автономных гормональных и нервно-мышечных механизмов действуют таким образом, что в организме возникают изменения в телесной структуре и функциях.

Во многих исследованиях отмечается, что под влиянием стресса повышается уровень нейроэндокринных реакций, вследствие чего происходит угнетение иммунной защиты и люди оказываются уязвимыми для проявления вирусов. Ряд других авторов не обнаруживает связи между стрессом и развитием заболевания. Известный ученый А. Менегетти считает, что ни одно психосоматическое заболевание не возникает по причине стресса: стресс уже являет собой следствие, наблюдаемое в функционировании органа. В связи с открытиями в психонейроиммунологии и психонейроэндокринологии медицинское научное сообщество стало осознавать влияние мышления на организм.

Дальнейшее изучение психосоматических заболеваний будет происходить, на наш взгляд, на стыке медицины и физики, когда процессы, происходящие на клеточном уровне, будут изучаться с точки зрения энергоинформационной теории, квантовой физики и квантовой психологии. К настоящему времени существуют теории энергетического происхождения соматического заболевания. А. Менегетти, например, понимает здоровье как «свободное течение энергии, которая, проходя множество различных частей, сходится в единой точке, интегрируется в единое

целое» (Менегетти, 2003). И. Г. Малкина-Пых считает, что «клетки тканей различных органов несут присущую только им информацию, поэтому существует четкая взаимосвязь между характером мышления, частями тела и проблемами физического здоровья, «симптомы болезней – это чисто внешние проявления духовного нездоровья» (Малкина-Пых, 2005).

По мнению А. Менегетти, когда высший разум пренебрежительно относится к урокам жизни, защищать организм вынужден разум более низкого уровня. Следовательно, если психика не находит решения в сознательной или бессознательной форме, то вмешивается соматика, предлагая альтернативное решение. Соматическая и психическая энергия различаются по скорости действия: соматическая – наиболее медленная, поэтому органическое заболевание представляет собой форму приспособления. В любом случае соматизация – это всегда результат инфантильной реакции «Я». Не существует никакого таинственного скачка от психики к коме, но есть непрерывность, идентичность, выраженные на разных языках одной и той же формы. Во время болезни мы можем обдумать свои дела, переосмыслить отношения с близкими и знакомыми. Время переходного периода от психического к соматике определяется либо ситуацией, послужившей причиной срыва, либо травматической средой, усиливающей травму, а также способами реакции, ставшими типичными для субъекта. Тяжесть происходящего в окружающей реальности определяется не ее объективными причинами, а тем, как она воспринимается субъектом. Эмоция как некое психическое присутствие начинает соматизироваться. Поэтому актуально изучение адаптационных и психоэмоциональных ресурсов больных.

По мнению Ю. М. Зенько, «поскольку схема тела является средним, промежуточным звеном между физическим телом (телесностью – Н. Р.) человека и его сознанием, постольку источником ее формирования является и первое, и второе. Хотя носителем сознания как такового является все тело человека, может наблюдаться особое функциональное предпочтение сознания к определенным участкам тела. Сознание переживается как бы находящимся в этой точке – локуса сознания». Структура схемы тела состоит из трех крупных элементов – головы, груди и живота, и преобладание одной из этих частей создает особый ее тип. Функциональное доминирование со временем переходит в структурную особенность схемы тела. Автор выделяет три основных установки локуса сознания: цереброцентризм (голова), кардиоцентризм (сердце), вентралоцентризм (живот). Цереброцентризм тяготеет к рационализму, построению абстрактных схем. Основная характеристика кардиоцентризма – эмоциональность (чувства, аффекты, переживания). Положительные стороны кардиоцентризма – эмпатия, сенситивность, отрицательные – иррационализм, импульсивность, неосознанность. При вентралоцентризме происходит проявление волевой сферы человека, в которую входят желания,

волевые импульсы, мотивы и потребности (Зенько, 2002). А. Ф. Ермошин также считает, что существуют три области самоощущений. Различные состояния переживаются на разных уровнях: страх на уровне живота, тревога – на уровне сердца, беспокойство – на уровне лба. При этом «голова: лоб – беспокойство, виски – раздражение, затылок – ответственность, необходимость контролирования ситуации; темя – остеохондроз позвоночника; грудь: обида, тревога, злость, тоска, скорбь; живот: страх, гнев». «Тело (телесность – Н. Р.) выступает той «контурной картой», на которой прописывается расположение структур сознания...» (Ермошин, 1994). Согласно научным экспериментам, связанным с явлением сенсорной депривации, обнаруживается, что ощущаемое расположение «я» может из головы смещаться в разные места внутри тела. Можно предположить, что степень переживаний при изменении схемы тела у разных личностей может быть различна в зависимости от субъективной значимости данной части тела для пациента и локуса сознания личности.

Болезнь представляет собой одну из возможных реакций, которые представлены человеку в безвыходном, на его взгляд, положении. Болезнь становится подавляющим и регрессивным объектом, позволяющим вывести скрытую борьбу наружу. Кажется, что бороться с внешними формами легче, нежели с внутренними. Болезнь – это язык субъекта, его души. Болезнь не существует сама по себе, она представляет собой отрицание здоровья.

В результате псевдосоциализации личности нарушается гармония между первичными и вторичными актуальными способностями (Пезешкиан, 1996), разрушается названное триединство. Первичные способности относятся к способностям человека любить в широком смысле слова. Вторичные способности основаны на нормах той социальной группы человека, в которой он рос, воспитывался или живет. Но природа его духа может не совпадать с этими нормами. Возникают серьезные противоречия между духовными и материальными ценностями (в психологической литературе обозначаемые как внутрличностные конфликты), что приводит к серьезным последствиям в жизни человека, наносят вред его здоровью, разрушает задуманную природой целостность личности. Примат вторичных способностей приводит к разрушению духа, лишает человека дарованных Богом «власти» и «силы».

У каждого человека есть выбор. В терминах теории интегрального психоанализа Н. Кеппена есть два пути развития человека. Первый путь – жить, приближаясь к Истине, к природе, к душевному спокойствию, а значит, к сохранению целостности. Поведение человека на этом пути мотивировано глубокими, стабильными, успокаивающими, дающими мир желаниями. Счастье, гармонию на этом пути человек обретает только через самого себя. Второй путь – это стремление обрести счастье через другую личность, других людей, это ощущение, что экономическое

и социальное могущество означает счастье, что любовь несет страдание, а служение человечеству является жертвой и неполноценностью. Человек на этом пути отрывается от реальности, используя власть, деньги, гиперактивность, путешествия, карьеру как самоцель, развлечения, алкоголь, наркотики. Он меняет Истину, а значит и целостность, на фантазию, кратковременный комфорт и устремляется в погоню за ними. Мотивы его поведения неустойчивы, поверхностны, мгновенны, ситуативны. Это мир суеты, иллюзий, лжи, страданий, нередко болезней (Кеппен, 1994).

Стиль жизни личности, ориентируясь на первичные или вторичные способности, на путь душевного спокойствия или обретения «счастья» через предметные структуры мира, формирует также и соответствующую реакцию на болезнь. Болезнь, хотя и является качественно новым состоянием человека, но и при ней сохраняются индивидуальные особенности как функции образа жизни. Практически все психосоматические и невротические заболевания можно считать болезнями «образа жизни», при этом наблюдается рассогласование психической и телесной сферы.

В традиционной медицине, как правило, осуществляется процесс лечения болезни, его физического тела, а не больного. При таком подходе игнорируется духовная составляющая жизни человека, особенности его психической (душевной) организации. Психосоматическая медицина совершила некоторый шаг к соединению психической и телесной реальности, но в стороне по-прежнему остается духовная составляющая жизни и здоровья. В психологических теориях так же, как в медицине мало уделяется внимания духовной жизни человека. Традиционно используются такие понятия как самосознание личности, «Я-концепция», самоактуализация, возрастная идентичность, которые рассматривают личность вне контекста духовной жизни человека. Практические психологические направления чаще всего обучают манипулированию, а не полноценному проживанию жизни. Размышления о духовной сфере оставляются на откуп религии, а вне ее рассматриваются как популярные и научно не обоснованные.

Ни одна из наук (медицина, психология, биология, философия) или ее разделы не в состоянии связать события, происходящие с человеком на разных уровнях (телесном, душевном и духовном) одновременно. В том, что такие связи существуют, каждый человек убеждается в своей жизни постоянно, когда нарушаются законы мироздания, игнорируются причинно-следственные связи. Вот почему для жизнестойкости (в психологической науке это обозначается как копинг-поведение, или совладание) человеку дают гораздо больше рассуждения о кармических связях, энергетических взаимодействиях, психоэнергетических защитах, чем претендующие на объективность теории, далекие от практики.

Психолого-психотерапевтическая и медицинская помощь, не затрагивающая духовную сферу личности, не способная вывести личность на более высокий уровень духовного развития, не приносит облегчения

и дает поверхностное объяснение происходящему. Современные теории В. П. Гоча, В. Жикаренцева, В. Синельникова, Л. Виилмы, А. Шевцова, впитавшие в себя не только христианские законы жизни, но и мудрость Востока преобразуют внутренний мир человека, заставляют посмотреть на мир глазами мудреца.

В психологической литературе наиболее значимым для теории причинности является понятие жизненного смысла человека, под которым понимается отраженная в сознании и переживаниях человека как субъективно предельно значимая для него и превратившаяся в главный регулятор его поведения какая-то ценность, ставшая его собственной ценностью. На наш взгляд, одним из диагностических критериев истории жизни больного могут служить смысложизненные ориентации его личности, его отношения. Путь восстановления духовной целостности должен идти через согласование психической и телесной сфер.

Болезнь есть поиск состояния гомеостаза в регрессивной ситуации. Нередко болезнь становится катарсисом, духовным лекарством, если она осознается субъектом. Перед лицом смерти возникает удивительный феномен: возрастает значение духовных ценностей и обесцениваются материальные (пример: онкологические больные).

Все приведенные выше рассуждения и доказательства дают основания изучения телесности через адаптационные ресурсы психосоматических больных, их психоэмоциональный статус, смысложизненные ориентации и ценности. Получаемые в подобных исследованиях результаты позволяют определить психотерапевтические «мишени» в работе с данными больными, учитывая их историю жизни, социально-психологический анамнез и нозологию.

Наибольшая сложность в психотерапии психосоматических пациентов заключается именно в работе с их «телесностью». На первом этапе можно получить лишь рассказ об отрицательном эмоциональном состоянии: обиды, агрессии, гнева. Но проявления эмоций нет. Больные затрудняются с маркировкой своего эмоционального состояния, не могут «проигрывать» его, им проще описать ситуацию, они включают свое «радио». Мышечный панцирь скован. Больные «зажаты» как телесно, так и эмоционально.

Задача психолога–психотерапевта – диагностика состояния пациента. И здесь важно использовать не только психологические тесты, методики и опросники, но и уметь диагностировать поведение пациента по значимым для него ситуациям. Благоприятной основой для подобной работы является умение раскрыть внутренний мир пациента, выявить неосознаваемые мотивы его поведения, скрытые от него самого и являющиеся средой для развития личности в болезни. Психолог, заданной темой, провоцирует психотерапевтический процесс, при помощи которого мобилизуются заблокированные персональные силы в человеке. Задача психолога следить за невербальными проявлениями пациента. Реакции

начинают сопровождаться изменениями в теле, появляются жестикulyция, блеск в глазах, эмоциональность в речи. Итогом диагностической ситуации является осознание пациентом внутреннего конфликта между его природной эмоциональностью и необходимостью сдерживать свою подсознательную агрессию на ситуации, с которыми он не может, но вынужден мириться в силу воспитания или привычки. Он становится готовым к «встрече с самим собой». Пациент должен осознать, как конфликт заставляет его реагировать определенной частью тела, органом: «реагировать кожей», «сдерживать дыхание», «плакать сердцем», «поедать себя», «разливать желчь» и т. п.

Стратегии интегративной психотерапии в работе с психосоматическими больными состоят в развитии копинг-ресурсов личности.

Ведущим методом психотерапии на первом этапе остается рационально-эмотивная личностно-ориентированная психотерапия, включающая:

- 1) тренировку способности распознавания, дифференциации и понимания эмоций и сопровождающих их когнитивных процессов,
- 2) проработку жизненного и семейного контекста проблем,
- 3) проработку межличностных затруднений.

Следующий этап – обучение управлению эмоциями через когнитивную психотерапию, обучение моделям совладания, переформулированию базисных убеждений. На этом этапе могут применяться техники поведенческой, когнитивной, экзистенциальной и христианской психотерапии, элементы гештальт – терапии, психосинтеза.

Далее – анализ особенностей личности в плане нарушения системы отношений, обусловленной всей историей развития личности, или нарушения структурной целостности личности. Работа с выявленными особенностями личности (индивидуально, в группе) в различных техниках.

Аксиологический тренинг: диагностика понимания понятий «ценности», «цели», «жизненный смысл», диагностика личных ценностей, построение жизненной стратегии, метафорическая и телесно-пространственная работа по «образу жизни», работа со сказками, метафорами, притчами, компьютерной программой «Life Line» А. А. Кроника.

Онтологический тренинг:

- 1) работа на осознание причинно-следственных связей в жизни личности,
- 2) гармонизация первичных и вторичных способностей, духовного и материального в жизни человека,
- 3) гармонизация психической и телесной сферы путем работы с «состоянием» человека через его сознание.

Тренинг здорового образа жизни через обучение правильному питанию, управлению эмоциями, развитие энергоинформационных способностей через работу с «первообразами» в терминологии В. Гоча, стихиями природы с помощью техник Востока и Древней Руси.

Выбор психологических и психотерапевтических методов коррекции следует осуществлять в зависимости от эмоционально-психологических особенностей личности и реакции на болезнь, от этапов развития заболевания и стадий лечения.

Литература

1. Ермошин А. Ф. Вещи в теле / А. Ф. Ермошин. – М.: Независимая фирма «Класс» – 1999. – 320 с.
2. Зенько Ю. М. Психология и религия / Ю. М. Зенько. – СПб.: Изд-во «АЛТЕЙЯ» – 2002. – 384 с.
3. Кеппе Н. Р. Восславление / Н. Р. Кеппе. – М.: Международное общество аналитической трилогии – 1994. – 256 с.
4. Кулаков С. А. Психосоматика / С. А. Кулаков. – СПб.: Речь, 2010. – 320 с.
5. Малкина-Пых И. Г. Психосоматические и эндокринные заболевания / И. Г. Малкина-Пых. – СПб.: «БХВ-Петербург» – 2005. – 160 с.
6. Менегетти А. Психосоматика / А. Менегетти. – М.: ННБФ «Онтопсихология» – 2003. – 328 с.
7. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия / Н. Пезешкиан. – М.: Медицина – 1996. – 538 с.
8. Шевцов А. А. Очищение. В 3 томах. Т. 3. Русская народная психология / А. А. Шевцов. – СПб.: Тропа Троянова – 2006. – 616 с.

ЗДОРОВЬЕ КАК УСЛОВИЕ СОХРАНЕНИЯ ЖИЗНЕННОГО ПОТЕНЦИАЛА У ЛИЦ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

И. В. Тимофеева

*Екатеринбург, Екатеринбургский филиал Уральского
Государственного университета физической культуры*

Интеграция в социум, повышение качества жизни детей-инвалидов и их семей всегда была и остается актуальной. В нашей стране с каждым годом увеличивается число детей с тяжелыми врожденными и приобретенными заболеваниями, приводящими к полной инвалидности. Проблема инвалидности детского населения занимает важное место в социальной политике Российского государства. Прогнозы инвалидности у детей предполагают ее дальнейший рост, в том числе среди детей, имеющих неврологические нарушения и детский церебральный паралич. В последние годы в России отмечается значительное увеличение числа детей-инвалидов. Ежегодно в России рождается более 30000 детей с аномалиями, 70-75 % из них являются инвалидами. В России, согласно неофициальной статистике, – более полумиллиона детей в возрасте от 1 года до 18 лет с диагнозом ДЦП. Частота ДЦП составляет 2-3 случая на 1000 новорожденных, им страдает 1 % недоношенных детей. В Свердловской области по состоянию на 01. 01. 2011 г. численность детей-инвалидов в возрасте до 18 лет составляет 17340 человек.

Здоровье – бесценный экономический и культурный потенциал современного цивилизованного человечества. Социальная политика любого цивилизованного государства направлена на сохранение и укрепление здоровья подрастающего поколения и гуманного отношения к тем представителям общества, которые в силу различных обстоятельств утратили здоровье и нуждаются в поддержке и помощи со стороны его представителей.

Всемирная Организация Здравоохранения определила здоровье как состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не только как отсутствие болезней или физических дефектов. Здоровье рассматривается как источник благополучной повседневной жизни, а не как цель существования. В принятой видными специалистами медицинской науки концепции здоровья подчеркивается важность субъективно оцениваемого здоровья. Субъективная оценка основывается на имеющихся знаниях и информации, воспринимаемой индивидом с учетом предыдущего жизненного опыта и социокультурных норм. Приведенное определение здоровья во многом опирается на понятие «благополучие». Ощущение благополучия в меньшей мере зависит от биологических функций организма и в большей от самооценки личности и чувства ее социальной принадлежности.

Нарушения физического и психического здоровья человека не являются только медицинским явлением ни по причинам возникновения, ни по его последствиям. Особую актуальность на современном этапе приобретает междисциплинарный подход к изучению и пониманию феномена здоровья (Журавлев, 2004).

Здоровье человека закладывается в период пренатального развития, в раннем детстве и определяется как особенностями самого организма, так и влияниями окружающей среды. При этом физический недуг ребенка влияет не только на него самого, но и на его семью, окружение и это влияние определяется, прежде всего тем смыслом, который придает ему культура и общество.

Для человека заболевание, кроме объективно обнаруживаемых изменений и вытекающих из них ощущений, связано с целым рядом переживаний. Л. С. Выготский постулировал, что болезнь не является негативным (противоположным) вариантом здоровья и представляет собой специфическое новообразование, развивающееся в соответствии с внутренними закономерностями нарушенной функции. Телесное бытие (физическое состояние) человека всегда, так или иначе, отражено в настроении. Органическое, физическое самочувствие человека зависит, за исключением резко выраженных патологических случаев, в значительной мере от того, как складываются взаимоотношения человека с окружающим, как он осознает и расценивает происходящее в его личной и общественной жизни» (Выготский, 1956).

В отечественной литературе проблема соотношения личности и болезни рассматривается в двух аспектах: как система отношений «личность и болезнь» – роль личности в этиологии заболевания, в выходе из болезни, в процессе реадaptации; система отношений «болезнь и личность» – выяснение проблемы непосредственных и опосредованных соматогений, возникающих у больного в результате тяжелых заболеваний, изучение влияния патологического процесса и его способности изменять личность.

Необходимо также учесть, что здоровье – это не просто состояние человека, а динамический процесс, который меняется в процессе онтогенеза. По мнению С. Б. Тихвинского, здоровье человека в конечном итоге определяется мощностью его адаптационных резервов. Чем выше функциональный резерв, тем ниже «цена адаптации». Адаптация организма к новым условиям жизнедеятельности обеспечивается не отдельными органами, а скоординированными во времени и пространстве и соподчиненными между собой специализированными функциональными системами. Большинство авторов в структуре здоровья выделяют три основных компонента: физический, психический и социальный. Каждый компонент отражает состояние, процессы, взаимодействие их в организме человека и его гармонию с окружающей средой.

Переживания своего здоровья или нездоровья являются очень значимыми в контексте общей самооценки личности, в определении ее «линии жизни», «плана жизни», «жизненного стиля».

Одним из параметров здоровья являются качественное содержание, направленность и интенсивность социальной активности индивида. Наряду с этим здоровье человека есть в некотором роде целостное измерение его личности. Человек неотделим от социальных отношений (от социальных ролей), в то же время как субъект этих отношений возвышается над ними как личность, в некотором смысле он автономен по отношению к своим социальным «ролям».

Смысловым центром нового взгляда стала социальная модель инвалидности, которая рассматривает проблемы инвалидности как результат отношения общества к их особым потребностям. Согласно социальной модели, инвалидность является социальной проблемой. При этом ограниченные возможности – это не «часть человека», не его вина. Человек может стараться ослабить последствия своего недуга, но ощущение ограниченности возможностей вызвано у него не самим недугом, а наличием физических, юридических, отношенческих барьеров, созданных обществом (Дементьев, 54).

Согласно социальной модели, человек с инвалидностью должен быть равноправным субъектом общественных отношений, которому общество должно предоставить равные права, равные возможности, равную ответственность и свободный выбор с учетом его особых потребностей. При этом человек с инвалидностью должен иметь возможности интегрироваться

в общество на своих собственных условиях, а не быть вынужденным приспособливаться к правилам мира «здоровых людей».

Социальная модель инвалидности не отрицает наличие дефектов и физиологических отличий, определяя инвалидность как нормальный аспект жизни индивида, а не девиацию, и указывает на социальную дискриминацию как наиболее значимую проблему, связанную с инвалидностью. Социальная модель сдвигает акцент в направлении тех аспектов жизни социума, которые могут быть изменены и предполагает первоочередную реализацию гражданских прав инвалидов. В данном случае речь идет о социальных условиях жизнедеятельности инвалида. Инвалидность можно рассматривать как одну из форм социального неравенства.

Таким образом, ограничения возможностей здоровья человека обусловлены нарушениями в трех основных сферах: физической, психической, социальной. Ограничения в одной из обозначенных сфер здоровья приводят к временному или постоянному нарушению адаптационных свойств человека.

Адаптационные характеристики не являются статически постоянными свойствами человека, а ограниченные возможности зависят от сфер жизнедеятельности, в которых он функционирует, накопленного им опыта.

Согласно социальной модели, человек с инвалидностью должен быть равноправным субъектом общественных отношений, которому общество должно предоставить равные права, равные возможности, равную ответственность и свободный выбор с учетом его особых потребностей. При этом человек с инвалидностью должен иметь возможности интегрироваться в общество на своих собственных условиях, а не быть вынужденным приспособливаться к правилам мира «здоровых людей» (Дементьев, 65).

Наиболее значимой способностью, позволяющей подростку с инвалидностью преодолевать трудности социальной реабилитации, является способность к расширению границ пространства жизнедеятельности. Для того чтобы обеспечить возможность расширения границ пространства жизнедеятельности, необходимо учитывать логику его естественного развития, опирающегося на удовлетворение базовых потребностей. В противном случае у ребенка не формируется способность, позволяющая контролировать происходящие с ним события, что может привести к «выученной беспомощности», блокирующей социальную адаптацию. Естественная линия развития ребенка предполагает последовательное удовлетворение потребностей по мере их возникновения.

Г. И. Бондаренко в своей авторской модели Я – концепция человека с инвалидностью обращает внимание на то, что «...жизненное кредо инвалида рождается в ожесточенной борьбе с собственной беспомощностью (Бондаренко, 37).

В работах А. Адлера, которые отражают компенсаторные возможности психики ребенка с физическими дефектами, автор делает очень

важный вывод о том, что представление о недостаточности у человека переходит из биологической плоскости в психологическую. «Неважно, есть ли в действительности какая-либо физическая недостаточность. Важно, что сам человек чувствует по этому поводу, есть ли у него ощущение, что ему чего-то не хватает. А такое ощущение у него, скорее всего, будет. Правда, это будет ощущение недостаточности не в чем-то конкретно, а во всем...». Это высказывание А. Адлера является ключевым в теории компенсации дефекта при аномальном развитии ребенка. Однако, подчеркивая роль самовосприятия человеком своего дефекта в дальнейшем его психическом развитии, автор пытается показать, что «ощущение недостаточности» у ребенка является определяющим фактором его дальнейшего психического развития и адаптации (Адлер, 49).

Исследования Ветровой И. Ю. показали, что среди молодых людей с последствиями детского церебрального паралича крайне редко встречаются лица с активно-позитивной жизненной позицией, но они являются наиболее социально-активными. Большинство молодых инвалидов с ДЦП либо не испытывают стремления как-то менять свою жизнь, либо считают себя неспособными на столь важный шаг. Как правило, они находятся во власти тех или иных обстоятельств. Поэтому эти лица особо нуждаются в четко спланированной и научно-обоснованной системе психологических и социально-педагогических мер, направленных на формирование у них самостоятельности суждений и действий, навыков труда и культуры поведения, умения адекватно жить в социуме (Ветрова, 2)

Основной целью реабилитации лиц, перенесших длительное заболевание, является не только восстановление здоровья, но и последующее социальное и профессиональное их восстановление. Успешность такой реабилитации оказывается в большей зависимости от личности пациента, его психического состояния. Адаптация инвалидов с последствиями церебрального паралича имеет как социальное, так и психологическое значение. Психологическая адаптация способствует адекватному реагированию человека на происходящие события. Социальное значение психологической адаптации заключается в обеспечении максимально возможной интеграции молодых инвалидов с последствиями ДЦП в жизнь общества.

В связи с демократизацией и формированием открытого образования в современной России особенно остро встала задача обучения и воспитания различных категорий детей, имеющих ограничения жизнедеятельности. Выбор образовательного учреждения нелегко дается любому студенту. Абитуриентам-инвалидам этот выбор дается куда труднее: необходимо решить проблему мобильности, технических средств обучения. По статистике 70 % студентов с нарушениями опорно-двигательного аппарата – это инвалиды с детским церебральным параличом.

Известно, что у 86 % выпускников с 14 до 18 лет с ДЦП нарушения высших психических функций полностью не компенсируются и оказывают

существенное влияние на возможность профессионального обучения и социальной адаптации. Оптимальная общая организация внутривузовской среды развития и саморазвития студента является первоосновой и оценкой эффективности всей системы педагогического обеспечения. Для молодых людей с последствиями ДЦП исключительно важно с самого начала войти в атмосферу здорового образа жизни, включиться в организацию, формирующую четкие представления о профессиональной перспективе студента и способах ее реализации; позитивное отношение студента к себе, к своей деятельности, к окружающим людям; стимулирующую процессы саморазвития личности студента (Гармагина, 2004).

Молодые инвалиды, поступающие в вуз, колледжи чаще всего недостаточно идентифицируют себя в плане выбора будущей профессии и жизненного пути. Неполная профессиональная ориентированность, отсутствие твердой мотивации в приобретении специальности часто приводит к снижению успеваемости студента и его удовлетворенности учебной деятельностью в целом.

В связи с этим особое значение приобретает работа по более эффективному вхождению студента в процесс высшего образования по принципу равенства с учетом индивидуальных особенностей и возможностей каждого студента. Целью социально-педагогического обеспечения студентов с последствиями ДЦП является системное развитие в процессе высшего профессионального обучения целостной системы учебно-важных, необходимых и значимых качеств становления социально-психологической зрелости личности студента от статуса абитуриента до статуса начинающего специалиста. Оптимальная общая организация внутривузовской среды развития и саморазвития студента является первоосновой и оценкой эффективности всей системы педагогического обеспечения. Для молодых людей с последствиями ДЦП исключительно важно с самого начала войти в атмосферу здорового образа жизни, включиться в организацию: формирующую четкие представления о профессиональной перспективе студента и способах ее реализации; формирующую позитивное отношение студента к себе, к своей деятельности, к окружающим людям; стимулирующую процессы саморазвития личности студента.

Основным психологическим условием для адекватной адаптации и профессионально-личностного развития студента-инвалида в вузе может стать система психологического сопровождения, направленная на создание возможностей для успешного обучения и подготовки студента-инвалида к будущей профессии, развития коммуникативного и личностного потенциала студента на всем протяжении обучения (от поступления в вуз до трудоустройства). По мнению Н. Хайма необходимо приложить «усилия, направленные на то, чтобы либо внутри психически, либо посредством целенаправленных действий редуцировать, выровнять имеющиеся или ожидаемые перегрузки, возникающие из-за болезни,

или совладать с ними», а именно необходимы индивидуальное отношение и оценка внутреннего и внешнего стресса. Совладание с болезнью расматривается как критерий успешной адаптации.

Литература:

1. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии [Текст] / А. Адлер. – М., 1993. – 360 с.
2. Бондаренко Г. И. Я – концепция человека с инвалидностью [Текст] / Г. И. Бондаренко // Дефектология, 2006. – № 5. – С. 36-40.
3. Ветрова И. Ю. Проблемы социальной адаптации инвалидов. – Ярославский Педагогический Вестник (эл. версия). – usru. ua. ru/vestnik/index/.
4. Выготский Л. С. Избранные психологические исследования [Текст] / Л. С. Выготский. – М., 1956. – 356 с.
5. Гарматина Ю. Инвалиды: право на образование: В России 0,1 % студентов-инвалидов [Текст] // Аргументы и факты. Здоровье. – 2004. – № 6. – С. 9-13.
6. Журавлев А. Л. Психологические факторы физического и психического здоровья человека [Текст] / А. Л. Журавлев // Психологический журнал. 2004. №3. с. 107-117.
7. Организационно – методические основы социально-психологической реабилитации инвалидов:Метод. рекомендации [Текст] / Н. Ф. Дементьева, Б. М. Рудельсон. – М., 1988. – 102 с.
8. Юдин Б. Г. Здоровье: факт, норма и ценность [Текст]/ Б. Г. Юдин //Мир психологии, 2000. – № 1. – С. 60-61.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА: ЖИЗНЕННЫЙ РЕСУРС И ЖИЗНЕННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ

В. Б. Чупина, Ю. В. Живаева

*ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ*

Актуальность проблемы сохранения здоровья современного человека привела к активному осмыслению феномена здоровья и его составляющих.

С точки зрения современных представлений здоровье человека – это сложный и многомерный феномен, отражающий различные аспекты человеческого бытия.

При этом научные подходы к пониманию данного феномена отличаются от обыденного его понимания. Так, Б. Г. Юдин указывает, что в обыденном сознании понятие «здоровье», как правило, представлено синкретично, и в обиходе человек не всегда различает сложные и многочисленные смыслы, составляющие его содержание (Юдин, 2000). В отличие от обыденного сознания, научные подходы к осмыслению понятия «здоровье» подчеркивают его многоаспектность и сложность. Например, в Уставе Всемирной организации здравоохранения здоровье определяется как «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней и физических дефектов» (Устав ВОЗ, 1948 г.).

Э. Н. Вайнер определяет здоровье как состояние равновесия между адаптационными возможностями организма (потенциалом человека) и постоянно меняющимися условиями среды, отмечая при этом возрастные изменения адаптационных возможностей человека в процессе его онтологического развития (Вайнер, 2000).

Г. Л. Апанасенко и Л. А. Попова отмечают, что здоровье – это целостное динамическое состояние организма, которое определяется резервами энергетического, пластического и регуляторного обеспечения функций, характеризуется устойчивостью к воздействию патогенных факторов и способностью компенсировать патологический процесс, а также является основой осуществления биологических и социальных функций. Исследователи указывают, что трем уровням личности (соматическому, душевному и духовному) соответствует три аспекта здоровья: соматический, психический и духовный, которые тесно взаимосвязаны между собой, и нарушение одного из аспектов неизбежно приведет к измененному состоянию другого (Апанасенко, 2000).

Здоровье можно рассматривать в качестве оптимальной предпосылки для выполнения человеком намеченных жизненных целей и задач, его предназначения, в конечном счете, его самоосуществления на Земле. Главный принцип здоровья не в том, чтобы только иметь крепкое здоровье, а в том, чтобы реализовать с помощью своего здоровья свою миссию (Ананьев, 1998).

Основываясь на существующих определениях, здоровье можно понимать, как меру способности человека быть активным и автономным субъектом собственной жизнедеятельности в изменяющемся мире и формировать позитивные личностные силы, обеспечивающие полноценную жизнь.

Определение психологическое здоровье человека состоит из двух категориальных словосочетаний: психологии здоровья и психологии человека. На стыке этих областей знания возникают психологические модели, рассматривающие проблему здоровья с человековедческой позиции. Научная категория «психологическое здоровье» была введена и наиболее детально разработана профессором И. В. Дубровиной. По ее мнению, психологическое здоровье – это «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, 1991).

В многообразии мнений и течений постепенно сформировались общие контуры теории психологического здоровья:

1. Понятие «психологическое здоровье» фиксирует сугубо человеческое измерение, по сути, являясь научным эквивалентом здоровья духовного.

2. Проблема психологического здоровья – это вопрос о норме и патологии в духовном развитии человека.
3. Основу психологического здоровья составляет нормальное развитие человеческой субъективности.
4. Определяющими критериями психологического здоровья являются направленность развития и характер актуализации человеческого в человеке.

Оценка психологического здоровья непременно должна учитывать неповторимость и уникальность каждой конкретной личности и ее самоидентичность. Здесь важно выделить два момента. Первый – способность здорового человека развиваться, совершенствоваться. И второй – способность человека адаптироваться к изменяющимся условиям внешней среды.

Психологическое здоровье тем самым обеспечивает возможность дальнейшей жизнедеятельности человека, выступая одним из его компонентов. Доказано, что в основе жизненного потенциала находится, в первую очередь, здоровье личности.

В современной научной литературе формируется традиция рассматривать жизненный потенциал личности сквозь призму возможностей достижения успеха, достижения определенной вершины реализации потенциальных свойств человека.

Феномен «жизненного потенциала» является динамическим, переменным, зависящим от такого количества различных факторов, спрогнозировать действенность которых нередко просто невозможно. Его обуславливают внешние условия жизнедеятельности человека, то реальное состояние социальной среды, в котором непосредственно разворачивается жизненный процесс человека. С другой стороны, «жизненный потенциал» зависит и от внутреннего состояния личности.

Полемизируя с существующими подходами относительно структуры жизненного потенциала личности, можно выделить два уровня: базовый, куда входят физическое, психическое, психологическое и социальное здоровье человека, и деятельностный – ее физиологический, психологический, человеческий, интеллектуальный, социальный и культурный потенциал.

Таким образом, жизненный потенциал личности разумнее рассматривать как обобщенную системную характеристику индивидуальных физических, духовных и психологических возможностей человека, которые в своей совокупности обеспечивают ее самореализацию в имеющемся социокультурном пространстве: как комплекс свойств, который дает человеку возможность принимать решения и регулировать свое поведение, учитывая и оценивая ситуацию, исходя прежде всего из наличности жизненных ресурсов.

В современной психологии содержание понятия «ресурсы» достаточно разнообразно. Так 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.

Н. Е. Водопьянова дает следующее определение ресурсов: это «внутренние и внешние переменные, способствующие психологической устойчивости в стрессогенных ситуациях; это эмоциональные, мотивационно-волевые, когнитивные и поведенческие конструкты, которые человек актуализирует для адаптации к стрессогенным /стрессовым трудовым и жизненным ситуациям», это «средства (инструменты), используемые им для трансформации взаимодействия со стрессогенной ситуацией».

Различают два класса ресурсов: личностные и средовые (иначе, психологические и социальные). Личностные ресурсы (психологические, профессиональные, физические) представляют собой навыки и способности человека, средовые ресурсы отражают доступность личности помощи (инструментальной, моральной, эмоциональной) в социальной среде (со стороны членов семьи, друзей, коллег) и материальное обеспечение жизнедеятельности людей, переживших стресс или находящихся в стрессогенных условиях.

Интересной представляется ресурсная концепция стресса С. Хобфолла, в которой ресурсы определяются как то, что является значимым для человека и помогает ему адаптироваться в сложных жизненных ситуациях. В рамках ресурсного подхода рассматриваются различные виды ресурсов, как средовых, так и личностных. С. Хобфолл к ресурсам относит: материальные объекты (доход, дом, транспорт, одежда, объектные фетиши) и нематериальные (желания, цели); внешние (социальная поддержка, семья, друзья, работа, социальный статус) и внутренние интраперсональные переменные (самоуважение, профессиональные умения, оптимизм, самоконтроль, жизненные ценности, система верований и др.); психические и физические состояния; волевые, эмоциональные и энергетические характеристики, которые необходимы (прямо или косвенно) для выживания или сохранения здоровья в трудных жизненных ситуациях либо служат средствами достижения лично значимых целей. Одним из оснований ресурсного подхода является принцип «консервации» ресурсов, который предполагает возможность человека получать, сохранять, восстанавливать, преумножать и перераспределять ресурсы в соответствии с собственными ценностями. Посредством такого распределения ресурсов человек имеет возможность адаптироваться к вариативному ряду условий жизненной среды. В концепции С. Хобфолла потеря ресурсов рассматривается как первичный механизм, запускающий стрессовые реакции. Когда происходит потеря ресурсов, другие ресурсы выполняют функцию ограничения инструментального, психологического и социального воздействия ситуации. Потеря внутренних и внешних ресурсов влечет за собой потерю субъективного благополу-

чия, переживается как состояние психологического стресса, негативно сказывается на состоянии здоровья личности.

Очевидным является то, что разные ресурсы играют различную роль в адаптации человека к изменяющемуся миру.

Управление жизненными ресурсами подразумевает два основных аспекта активности человека: рациональное расходование жизненного ресурса и его своевременное и максимальное восполнение. Два аспекта должны находиться в динамическом равновесии.

Выделяют два типа поведения, касающихся расходования ресурсов. Первый из них называется затратным, экстенсивным. Человек, для которого характерен этот тип поведения, расходует свои ресурсы, свою активность неадекватно. Его баланс сдвинут в сторону преобладания расходования ресурсов над восстановлением, что ведет к неизбежному истощению ресурсов и распаду системы жизнеобеспечения личности.

Для людей с преодолевающим типом поведения характерно оптимальное, разумное, использование жизненных ресурсов. При оптимальном соотношении человеком своих возможностей с условиями жизнедеятельности, обстоятельствами, жизненными целями происходит не только их разумное использование, но и постоянное восстановление, возрождение и умножение.

С целью изучения психологического здоровья студентов нами было проведено психодиагностическое исследование. Исследование проводилось со студентами Сибирского института бизнеса, управления и психологии, заочной формы обучения, в количестве 50 человек.

В качестве диагностического инструментария были использованы разработанная нами методика «Определение уровня психологического здоровья» и «Опросник потерь и приобретений» (ОПП) Н. Е. Водопьяновой, М. В. Штейн.

В результате исследования психологического здоровья испытуемых было выявлено, что 12 % респондентов имеют высокий уровень психологического здоровья, т. е. они находятся в состоянии равновесия между потенциальными возможностями и постоянно меняющимися условиями жизненного мира, активны в достижении намеченных жизненных целей и задач, готовы к самоосуществлению. Большинство (64 %) респондентов показали умеренный уровень психологического здоровья, что тоже говорит о наличии равновесия между различными качествами личности человека, а также между ним и миром, в котором он живет. Однако, это есть ряд обстоятельств, которые препятствуют устойчивости данного равновесия. И у 24 % исследуемых отмечаются низкие показатели психологического здоровья. Наблюдается дисбаланс между потенциями и ресурсами, ослабевает способность человека развиваться, совершенствоваться, способность адаптироваться к изменяющимся условиям.

В ходе исследования по опроснику потерь и приобретений Н. Е. Водопьяновой, М. В. Штейн мы обнаружили, что для 36 % испытуемых характерен высокий индекс ресурсности, т. е. данные респонденты имеют

возможность получать, сохранять, восстанавливать, преумножать и перераспределять ресурсы в соответствии с собственными ценностями. У 28 % студентов выявлен средний индекс ресурсности, что свидетельствует о том, что когда происходит потеря ресурсов, другие ресурсы выполняют функцию ограничения инструментального, психологического и социального воздействия ситуации. Низкий уровень ресурсности имеют 36 % исследуемых, в данном случае потеря внутренних и внешних ресурсов влечет за собой потерю субъективного благополучия, переживается как состояние психологического стресса, негативно сказывается на состоянии здоровья личности.

Далее было выявлено, что величины «потерь» и «приобретений» отличаются по абсолютным значениям, но также и по их соотношению с показателями психологического здоровья по методике «Определение уровня психологического здоровья». Так, сумма «потерь» отрицательно связана с наличием высокого (при $p < 0,05$, $r = -0,34$) и умеренного (при $p < 0,05$, $r = -0,38$) уровней психологического здоровья. Сумма «приобретений» ресурсов имеет положительные корреляции с показателями высокого уровня (при $p < 0,05$, $r = 0,41$) психологического здоровья. Это означает, что «приобретение» ресурсов по своему положительному воздействию не равно отсутствию «потерь». Первый аспект, очевидно, в большей мере, чем второй, оказывает мотивирующее и динамизирующее воздействие на процесс накопления жизненных потенций и на психологическое здоровье личности.

Таким образом, несмотря на существующие в психологической науке подходы к пониманию психологического здоровья человека и результаты исследований, само понятие как психологическая категория представляется недостаточно разработанным в плане раскрытия сущностных характеристик психологического здоровья через категории «жизненный ресурс» и «жизненный потенциал». Также остается открытым вопрос о механизмах и условиях психологического здоровья человека как носителя жизненного ресурса и потенциала, что является актуальным направлением дальнейших исследований.

Литература

1. Апанасенко Г. Л., Попова Л. А. Медицинская валеология / Серия Гиппократ. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2000.
2. Вайнер Э. Н. Валеология. – М.: Флинта, 2000.
3. Водопьянова Н. Е. Психодиагностика стресса. – СПб.: Питер, 2009.
4. Муздыбаев К. Стратегия совладания с жизненными трудностями. Теоретический анализ. // Журнал социологии и социальной антропологии. – Т. 1. – 1998. – № 2. – С. 100-109.
5. Практическая психология образования / Под ред. И. В. Дубровиной. – М.: ТЦ Сфера, 1997.
6. Юдин Б. Г. Здоровье: факт, норма, ценность // Мир психологии. – 2000. – №1 (21). – С. 56-68.
7. Hobfoll S. E., Lerman M. Personal relationships, personal attitudes, and stress resistance: mother's reactions to the child's illness // American Journal of Community Psychology. V. 16, 1989.

ПСИХОЛОГО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПРОЦЕССА ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ

ПРОБЛЕМА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ-ПЕРВОКУРСНИКОВ

Н. В. Басалаева

Лесосибирский педагогический институт – филиал федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Сибирский федеральный университет»

Проблема психологического здоровья является одной из тех общезначимых областей научных знаний, в которых представлено огромное количество теоретических и методологических направлений. Феномен «здоровья» изучается на стыке различных наук, так как носит междисциплинарный характер. При этом теоретические и методологические проблемы «психологического здоровья» в полной мере не решены.

В современной России психология здоровья как новое научное направление еще только проходит начальную стадию своего становления. В числе ее приоритетных вопросов – выявление психологического оптимума жизнедеятельности человека и выработка критериев его оценки и самооценки. В настоящее время все больше начинает рассматриваться проблема укрепления здоровья человека, формирования условий для полноценного развития и безопасного образовательного пространства, предотвращения социальной, личностной и нравственной деградации подрастающего поколения.

В жизни любого человека неизменно происходят стрессовые, фрустрирующие и критические события. На резкое увеличение нарушений нервно-психического характера, как у детей, так и у взрослых во многом повлияла нестабильность социально-экономической ситуации в стране. Особенно остро различные социальные перемены отражаются на молодежи, а студентов, по мнению ряда специалистов, по наличию психогенных факторов можно отнести к группе риска. Обучение в ВУЗе по сравнению со школой имеет существенные отличия и объективно требует большего напряжения и эмоциональной устойчивости. В связи с этим возникла необходимость изучения компонентов психологического здоровья студентов на начальном этапе обучения. Актуальной проблемой образования становится сохранение психологического здоровья участников образовательного процесса, а также понимание условий и факторов риска, которые могут послужить предпосылкой тех или иных

заболеваний. Однако, в настоящее время существует парадоксальный характер отношения современного человека к здоровью: несоответствие между потребностью обладать хорошим здоровьем и теми усилиями, которые человек предпринимает для сохранения и укрепления своего физического и психологического благополучия. Очень часто здоровье воспринимается людьми как нечто безусловно данное или само разумеющееся, потребность в котором хотя и осознается, но ощущается лишь в ситуации дефицита. Иными словами, при полном физическом, психическом и социальном благополучии потребность в здоровье как бы не замечается человеком, приобретая характер актуальной жизненной необходимости в случае его потери или по мере утраты.

С целью изучения особенностей психологического здоровья у студентов–первокурсников нами организовано экспериментальное исследование на базе Лесосибирского педагогического института – филиала ФГАОУ ВПО «Сибирский федеральный университет».

В качестве диагностического инструментария нами использовалась методика «Отношение к здоровью», разработанная Р. А Березовской.

Проанализируем результаты, полученные при диагностике студентов-первокурсников по методике «Отношение к здоровью», четырем сферам, отвечающим критериям адекватности – неадекватности отношения к собственному здоровью:

Когнитивная – степень осведомленности или компетентности человека в сфере здоровья, знание основных факторов риска и антириска, понимание роли здоровья в обеспечении активной и продолжительной жизни;

Поведенческая – степень соответствия действий и поступков человека требованиям здорового образа жизни;

Эмоциональная – оптимальный уровень тревожности по отношению к здоровью, умение наслаждаться и радоваться ему;

Ценностно-мотивационная – высокая значимость здоровья в индивидуальной иерархии ценностей, степень сформированности мотивации на сохранение и укрепление здоровья.

Рассмотрим понимание студентами здоровья на когнитивном уровне.

Наиболее часто встречающимися характеристиками здоровья, отражающими индивидуальные особенности отношения студентов к своему здоровью, оказались следующие.

Здоровье характеризуется как хорошее самочувствие, отсутствие болезненных ощущений и заболеваний. Так полагают 23 % студентов группы (например, «здоровье – это хорошее самочувствие, ничего не беспокоит, отсутствие болезней»), «здоровье – это состояние человека, при котором у него нормально функционируют все органы, он чувствует себя хорошо и может выполнять любые физические нагрузки»).

12 % студентов группы определяют здоровье как состояние человека, которое может быть как благополучное, так и неблагополучное. Наиболее

часто студентами используются высказывания: «здоровье – это состояние человека, которое может ухудшаться или улучшаться в зависимости от питания и отношения к себе», «здоровье – это состояние человека, которое может быть как здоровым, так и нездоровым в зависимости от питания, гигиены, образа жизни».

Следует отметить, что 23 % студентов–первокурсников определяют здоровье как основу человеческой жизни (например, «здоровье – это необходимая составляющая жизни человека», «здоровье – это состояние человека, необходимое для дальнейшей жизни») (Шувалов, 2004).

Кроме того, 15 % студентов группы характеризуют здоровье как комплекс профилактических мероприятий. Приведем примеры высказываний: «здоровье – это состояние человека, при котором соблюдается правильное питание, поддержание физической формы, душевное равновесие», «здоровье – это комплекс мероприятий, в который входит здоровый образ жизни, правильное питание для поддержания здорового рода на земле».

По мнению 27 % студентов-первокурсников важной характеристикой здоровья является гармоничное сочетание в человеке духовного и физического начал. Наиболее часто студентами используются высказывания: «здоровье – это состояние внутреннего и внешнего согласия, умиротворения, полное физическое здоровье», «здоровье – равновесие между душевным и физическим состоянием человека» (Шувалов, 2004).

Данные результаты указывают на то, что студенты в большей степени определяют здоровье как гармоничное сочетание в человеке духовного и физического начал. Характерно понимание здоровья как фундаментального аспекта человеческой жизни, представляющего взаимосвязь культурных, социальных, психологических, физических, экономических и духовных факторов.

По мнению всех студентов, принявших участие в исследовании, на осведомленность в области здоровья большее влияние оказывает информация, полученная от врачей (специалистов) (85 % студентов). Наряду с этим, 69 % студентов определяют одним из важных источников информации о здоровье – «СМИ (радио, телевидение)». По степени влияния на III месте – «научно-популярные книги о здоровье» (62 % студентов). В то же время, 50 % студентов предпочитают получать информацию о здоровье от друзей (знакомых) и 31 % студентов из газет (журналов).

Данные результаты указывают на то, что на осведомленность в сфере здоровья оказывает информация, получаемая из разных источников, но по степени значимости – студенты–первокурсники предпочитают получать информацию от врачей (специалистов) и «СМИ (радио, телевидение)».

Проанализировав результаты, нами было выявлено, что по мнению всех студентов наиболее существенное влияние на состояние здоровья оказывает фактор «экологическая обстановка». Одновременно, 25 студентов, что составляет 96 % всех испытуемых, определяют одним из

важных факторов, влияющих на здоровье – «особенности питания». В соответствии с этим, по степени значимости на III место 88 % студентов обозначают «образ жизни». В то же время, 22 студента, что составляет 85 % всех испытуемых, определяют следующие факторы, которые, по их мнению, оказывают существенное влияние на состояние здоровья – «качество медицинского обслуживания», «вредные привычки» и «недостаточную заботу о своем здоровье». Наряду с этим, 81 % студентов на V место по степени значимости, определяют фактор «профессиональная деятельность». Кроме того, 38 % студентов-первокурсников выделили дополнительные факторы, которые, по их мнению, оказывают существенное влияние на состояние здоровья: замкнутое пространство, психологическая умиротворенность, качество воды, психологическая обстановка, характер, сон, психологический климат, настроение, дух, контрацепция

Таким образом, на когнитивном уровне характерно понимание студентами здоровья как фундаментального аспекта человеческой жизни, представляющего взаимосвязь культурных, социальных, психологических, физических, экономических и духовных факторов, а также его значения в обеспечении активной и продолжительной жизни. Большинство студентов-первокурсников определяют здоровье как гармоничное сочетание духовного и физического начал.

Информацию в области здоровья студенты-первокурсники, получают из различных источников, но в большей степени готовы воспринимать информацию, получаемую от врачей (специалистов) и «СМИ (радио, телевидение)».

Характерно понимание и знание студентами всех факторов, оказывающих влияние на состояние здоровья и в качестве наиболее важных определяют «экологическую обстановку» и «особенности питания».

Рассмотрим понимание студентами здоровья на поведенческом уровне. Необходимо отметить, что студенты в большей степени для поддержания своего физического здоровья регулярно посещают баню (сауну), что составляет 69 % всех испытуемых. Наряду с этим, 62 % студентов предпочитают избегать вредные привычки. 57 % студентов для поддержания своего здоровья считают важным выполнение физических упражнений. По степени значимости на IV месте – забота о режиме сна и отдыха, так считают 13 студентов-первокурсников, что составляет 50 % всех испытуемых. В то же время, 38 % студентов предпочитают отслеживать свой вес. Также, 27 % студентов-первокурсников, считают важным для поддержания своего здоровья, закаляться и посещать спортивные секции (шейпинг, тренажерный зал). По степени значимости на VII место студенты относят – посещение врача с профилактической целью (19 % всех студентов). Одновременно, 15 % студентов для поддержания своего здоровья используют диету. При этом, в наименьшей степени студенты-первокурсники практикуют специальные оздоровительные системы

(7 % всех испытуемых). Кроме того, 27 % студентов выделили дополнительные меры, которые, по их мнению, необходимо использовать для поддержания здоровья, и наиболее часто встречающиеся такие как: питание, витамины, размышление о хорошем, постоянный контроль.

Данный факт позволяет сделать вывод, что студенты-первокурсники используют различные меры для поддержания своего здоровья, но наиболее регулярно предпочитают избегать вредные привычки, посещают баню (сауну) и активно занимаются спортом.

Проанализировав результаты, нами было выявлено, что при ухудшении здоровья студенты чаще всего самостоятельно принимают меры, исходя из прошлого опыта, так полагают 93 % студентов. В то же время, 18 студентов, что составляет 69 % всех испытуемых, предпочитают обращаться за советом к родственникам, друзьям и знакомым. Наряду с этим, 31 % студентов считают важным – обращение к врачу. Кроме того, 19 % студентов предпочитают не обращать внимание на ухудшение своего здоровья.

Рассмотренный факт позволяет сделать вывод, что студенты-первокурсники при ухудшении своего здоровья способны самостоятельно оказать себе помощь, принять соответствующие меры, исходя из прошлого опыта.

Таким образом, рассматривая отношение к здоровью студентов на поведенческом уровне, следует отметить, что студенты-первокурсники способны включаться в различные практические действия, направленные на сохранение и укрепление здоровья, а также самостоятельно принять соответствующие меры, направленные на заботу о своем здоровье.

Рассмотрим понимание студентами здоровья на эмоциональном уровне. Проанализировав результаты исследования, следует отметить, что студенты-первокурсники при благополучном состоянии здоровья в наибольшей степени испытывают спокойствие, так полагают 96 % студентов. При этом, 24 студента, что составляет 93 % всех испытуемых, довольны своим благополучием здоровья. Наряду с этим, 88 % студентов определяют свое благополучие здоровья как внутреннее удовлетворение, счастье и уверенность в себе. Кроме того, при благополучном состоянии здоровья, студенты испытывают радость, так обозначают 81 % студентов-первокурсников. Согласно этому, 73 % студентов определяют свое благополучие здоровья как «ощущение свободы». А также, по мнению студентов, при благополучии здоровья отсутствует угроза, так считают 65 % студентов-первокурсников. Одновременно, для 57 % студентов характерно отсутствие беспокойства при благополучии здоровья. В тоже время, необходимо отметить, что 7 % испытуемых указывают на безразличие по отношению к благополучию своего здоровья.

Данный факт позволяет сделать вывод, что студенты-первокурсники при благополучии физического и психологического здоровья в большей

степени испытывают спокойствие, проявляют положительные эмоции, обладают способностью получать наслаждение от состояния своего здоровья и радоваться ему.

Кроме того, нами было выявлено, что, студенты–первокурсники при ухудшении своего здоровья в наибольшей степени склонны испытывать чувство расстройства, так обозначают 85 % студентов. При этом, 18 студентов, что составляет 69 % студентов, указывают на подавленность настроения при ухудшении своего самочувствия. В то же время, 65 % студентов стремятся выявить причину своего нездоровья и определить соответствующие меры. Наряду с этим, 54 % студентов–первокурсников склонны проявлять нервность и тревожность при неблагополучии своего здоровья. Одновременно, 12 студентов, что составляет 46 % всех испытуемых, склонны испытывать сожаление при ухудшении своего здоровья. Согласно этому, 43 % студентов указывают на чувство раздраженности при ухудшении своего здоровья. Также, 23 % студентов обозначают чувство страха при неблагополучии своего здоровья. При этом, 15 % студентов при ухудшении своего здоровья, указывают на чувство вины. В то же время, 12 % студентов отмечают спокойствие по отношению к своему нездоровью. Кроме того, следует отметить, что в наименьшей степени при неблагополучии здоровья, студенты – первокурсники испытывают чувство стыда, так обозначают 4 % студентов.

Названный факт может свидетельствовать о том, что студенты-первокурсники при ухудшении своего здоровья, чаще всего расстроены, подавлены, озабочены своим самочувствием, нервны, тревожны, испытывают чувство страха и сожаление.

Таким образом, рассматривая отношение к здоровью студентов-первокурсников на эмоциональном уровне, следует отметить, что при благополучии здоровья, студенты чаще всего испытывают спокойствие, проявляют положительные эмоции, обладают способностью получать наслаждение от состояния своего здоровья и радоваться ему. Наряду с этим, первокурсники достаточно сензитивны и чувствительны к различным витальным проявлениям своего организма, при ухудшении здоровья в наибольшей степени, расстроены, подавлены, озабочены своим самочувствием, нервны, тревожны, испытывают чувство страха и сожаление.

Рассмотрим отношение студентов – первокурсников к здоровью на ценностно-мотивационном уровне. По мнению всех студентов, принявших участие в исследовании, наиболее важные жизненные ценности – «здоровье» и «интересная работа (карьера)». В соответствии с этим, по степени значимости ценности на II место 93 % студентов выделяют – «независимость, свободу». Одновременно, по мнению студентов, наиболее важными жизненными ценностями являются – «счастливая семейная жизнь» и «признание и уважение окружающих», так считают 88 % студентов-первокурсников. Кроме того, по степени значимости,

85 % студентов на последнее место обозначают следующие ценности – «материальное благополучие» и «верные друзья».

Данный факт может свидетельствовать о том, что для студентов-первокурсников в настоящий момент наиболее приоритетны такие ценности, как «здоровье» и «интересная работа (карьера)». В связи с этим можно предположить, что здоровье имеет высокий уровень значимости в индивидуальной иерархии ценностей студентов-первокурсников.

Кроме того, нами было выявлено, по мнению студентов, наиболее важными факторами для достижения успеха являются «хорошее образование» и «способности» (93 % студентов). Кроме того, 23 студента, что составляет 88 % всех испытуемых, в число значимых факторов для достижения успеха обозначают «здоровье». Одновременно, 81 % студентов-первокурсников для достижения жизненного успеха указывают на необходимость «упорства и трудолюбия». По степени важности фактора 77 % студентов-первокурсников на IV место определяют «везение (удача)» и «материальный достаток». Наряду с этим, по мнению студентов, менее важным фактором для достижения успеха являются «нужные связи», так считают 73 % студентов.

Рассмотренный факт позволяет сделать вывод, что, для студентов-первокурсников, важным условием достижения жизненного успеха являются «хорошее образование», «способности» и «здоровье».

Анализируя результаты, полученные в ходе исследования, нами выявлено, что у студентов-первокурсников наиболее важной причиной недостаточной и нерегулярной заботы о своем здоровье является «отсутствие компании» (46 % студентов). Наряду с этим, 11 студентов, что составляет 43 % всех испытуемых, обозначают в число важных причин нерегулярной заботы о здоровье – «отсутствие времени» и «выполнение других, более важных дел». Одновременно, 38 % студентов-первокурсников указывают на «отсутствие соответствующих условий» для регулярной заботы о здоровье, при этом, не считают важным постоянно осуществлять контроль за состоянием своего здоровья. В тоже время, 35 % студентов не считают важным придерживаться различных ограничений для сохранения и укрепления своего здоровья. Кроме того, 7 студентов, что составляет 27 % всех испытуемых, определяют в число важных причин недостаточной заботы о своем здоровье – «необходимость больших материальных затрат». В соответствии с этим, 23 % студентов указывают на отсутствие волевых усилий для осуществления постоянной заботы о здоровье. Согласно этому, самой незначительной причиной недостаточной заботы о здоровье – «отсутствие соответствующих знаний», так обозначают 7 % студентов – первокурсников.

Данный факт указывает на то, что студенты-первокурсники, чаще всего не заботятся о своем здоровье в связи с отсутствием компании и времени, наличием более важных дел.

Вышеизложенное позволяет сделать вывод, что отношение к здоровью студентов – первокурсников на ценностно-мотивационном уровне является высоко доминантным, здоровье для них определяется одной из самых важных жизненных ценностей. Однако, в силу различных причин, студенты не способны осуществлять постоянный контроль за состоянием своего здоровья.

Итак, рассмотрев особенности отношения студентов к здоровью, можно заключить, что здоровье определяется ими как гармоничное сочетание духовного и физического начал. Характерно понимание здоровья как фундаментального аспекта человеческой жизни, представляющего взаимосвязь культурных, социальных, психологических, физических, экономических и духовных факторов. Все вышеизложенное позволяет сделать вывод, что отношение к здоровью студентов–первокурсников является высоко доминантным, здоровье для них определяется одной из самых важных жизненных ценностей. Однако, при этом, в недостаточной степени, предпринимают активных действий по его достижению. Это в значительной степени обусловлено наличием более важных дел, отсутствием компании и времени. Также студенты–первокурсники способны включаться в различные практические действия, направленные на сохранение и укрепление здоровья. При ухудшении здоровья способны самостоятельно принять соответствующие меры, направленные на заботу о своем здоровье. Данный факт свидетельствует о том, что студенты осознают необходимость здоровья, но степень его важности ощущают в ситуации дефицита. При благополучии здоровья студенты чаще всего испытывают спокойствие, проявляют положительные эмоции, обладают способностью получать наслаждение от состояния своего здоровья и радоваться ему. Наряду с этим, первокурсники достаточно сензитивны и чувствительны к различным витальным проявлениям своего организма, при ухудшении здоровья в наибольшей степени расстроены, подавлены, озабочены своим самочувствием, нервны, тревожны, испытывают чувство страха и сожаление.

Для формирования у студентов полных и адекватных представлений о своем здоровье считаем целесообразным создание в вузе пространства «здоровьетворения» (Васильева, 2010), способствующего формированию комплексного представления о здоровье и здоровом образе жизни, осмыслению жизненного пути и реализации жизненных задач и целей.

Литература

1. Васильева О. С. Образование в сфере здоровья как стратегическое направление психологии здоровья // Психология в вузе. – 2010. – № 6. – С. 5-17.
2. Васильева О. С., Филатов Ф. Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки. – М.: Издательский центр «Академия», 2001.
3. Шувалов А. В. Гуманитарно-антропологические основы теории психологического здоровья // Вопросы психологии. – 2004. – № 6. – С. 18-33.

СОВРЕМЕННЫЙ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ВУЗА: РОЛЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ АВТОНОМНОСТИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

О. А. Гаврилюк

*ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации*

В современных условиях реформирования высшего образования в России важнейшей задачей отечественной системы образования является повышение эффективности деятельности преподавателей вузов. Ведь именно педагоги, являясь, наряду со студентами, субъектами образовательного процесса вуза, обеспечивают качество внедрения Федеральных Государственных стандартов на институциональном уровне, индивидуализацию учебного процесса, активизацию инновационных процессов в сфере образования, диверсификацию образовательных программ высшей школы.

Сегодня предполагается активное участие преподавателей вуза в принятии целого ряда других важных решений, включая составление учебных планов университета, освоение новых обучающих сред, создание новых форм организации занятий для того, чтобы обучение в полной мере отвечало профессиональным потребностям обучающихся. Современному преподавателю вуза необходимо уметь работать с информацией из различных источников: находить, оценивать, анализировать, интерпретировать новый, незнакомый для него материал для качественного его изложения перед разными аудиториями.

По сути, становясь ключевой фигурой процесса инновационного развития системы высшего образования, современный преподаватель вуза неизбежно сталкивается с широким спектром профессиональных задач (выбор и самостоятельная разработка методического обеспечения дисциплины, участие в научной, грантовой деятельности, реализация международных проектов и др.), требующих от него развития новых компетенций. В связи с этим, сегодня профессиональная деятельность преподавателя вуза, традиционно характеризующаяся высокими эмоциональными нагрузками, стала еще более напряженной и ответственной.

Повышение напряженности профессиональной деятельности современных педагогов, многие из которых испытывают сегодня затруднения в выборе целей, содержания, средств и форм своей профессиональной деятельности, в осуществлении объективной оценки и самооценки ее результатов, привело к росту у ряда преподавателей чувства личной неуспешности. Деятельность таких педагогов затруднена неуверенностью в собственных силах и ориентирована на заимствование чужого опыта.

Ситуация значительно осложнилась и негативными последствиями произошедших за последнее время в нашей стране социально-экономических реформ, которые привели к изменению ценностных ориентаций общества в целом, а также к снижению ценности интеллектуального труда, в том числе труда преподавателя вуза.

В результате многие преподаватели потеряли творческий настрой, утратили веру в себя, в свою профессию, перестали справляться со своими обязанностями, оказавшись под влиянием так называемого «синдрома эмоционального выгорания» (далее – СЭВ). Отметим, что данный синдром сегодня рассматривается как истинный диагностический синдром с невротическими особенностями и имеет диагностический статус (МКБ 10 – Проблемы, связанные с трудностями управления своей жизнью, код: Z73.0).

В соответствии с данными современных исследований, СЭВ может возникнуть у представителей целого ряда профессий, и, прежде всего, профессий сферы «человек-человек» (врачи, педагоги, социальные работники). Проведенные в различных странах исследования показывают, что особой «группой риска» в отношении развития СЭВ являются педагоги.

Впервые описав СЭВ в 1974 году, американский психиатр Фрейденберг определил выгорание (“burnout”) как «истощение энергии у профессионалов в сфере социальной помощи, когда они чувствуют себя перегруженными проблемами других людей, вследствие чего снижается их эффективность в целях и действиях» (Freudenberger, 1974). С тех пор различными учеными речь велась о «сгорании», «выгорании», «психологическом выгорании», «эмоциональном выгорании». В целом, начиная с 2007 года, в целях соблюдения терминологической упорядоченности, в отечественной психологической науке данный синдром принято обозначать термином «эмоциональное выгорание». При этом эмоциональное выгорание рассматривается как трехмерный синдром, характеризующийся истощением, деперсонализацией и понижением профессиональной самооценки (Maslash, С. и др., 1993). Предполагая утрату эмоциональной, умственной и физической энергии, связанную со спецификой работы и постепенно приводящую к проблемам с собственным психологическим и физическим здоровьем, данный синдром рассматривается в наши дни как составляющая профессиональной деформации (Умняшкина, 2001).

Актуальность проблемы преодоления эмоционального выгорания преподавателя вуза обусловлена, с одной стороны, тем фактом, что эмоциональное выгорание преподавателей приводит к сокращению числа педагогов в вузах, и, с другой стороны, негативным влиянием эмоционально выгоревших педагогов на студентов. Действительно, тревожные, эмоционально истощенные или равнодушные и циничные преподаватели вряд ли смогут помочь студентам преодолеть возникающие

у них трудности, связанные с адаптацией к обучению в вузе, обеспечить новую роль студента как активного субъекта образовательного процесса, способного осознать свою социальную позицию, социальную свободу, самостоятельно принимать решения, действовать независимо и нести личную ответственность за свои действия.

Результатом взаимодействия студентов вуза с такими педагогами часто становится потеря интереса к обучению, к выбранной профессии. В свою очередь, работа преподавателей вуза с немотивированными и равнодушными студентами является одним из факторов, провоцирующих эмоциональное выгорание педагогов. Таким образом, возникает целая цепочка негативных эффектов, способных значительно снизить общее качество как действующих, так и потенциальных трудовых ресурсов страны. Учет масштабов проблемы, выражающихся как количеством работающих в современных вузах преподавателей, так и количеством студентов вузов как потенциальных трудовых ресурсов, позволяет утверждать, что состояние преподавателей как субъектов труда сказывается не только на качестве оказываемых ими образовательных услуг, но и отражается на социальном здоровье населения в целом.

Для понимания природы эмоционального выгорания и путей его преодоления и профилактики обратимся к результатам научных исследований в этой области. Один из первых отечественных исследователей эмоционального выгорания, В. В. Бойко, пишет, что эмоциональное выгорание, в отличие от различных форм эмоциональной ригидности, не определяется органическими причинами, а приобретает в жизнедеятельности человека (Бойко, 1996). В психологической литературе отмечается, что при эмоциональном выгорании изменяется система смыслов и ценностей личности, психоэмоциональные затраты начинают превышать личностно-значимый ожидаемый результат, поэтому изменяется отношение субъекта к своим профессиональным обязанностям (Бойко, Умняшкина). Кроме того, в контексте рассматриваемой проблемы важен тот факт, что эмоциональное выгорание – это не просто результат стресса, а следствие его неуправляемого течения (Умняшкина, 2001).

Указанные положения позволяют предположить, что для предупреждения и преодоления эмоционального выгорания педагогов необходимо минимизировать влияние на них стресса (например, изменив течение стресса). Иными словами, необходимо выявить движущую силу, которая была бы способна придать «устойчивость» личности педагога к негативным внешним воздействиям.

Анализ психолого-педагогической литературы по исследуемой проблеме позволяет говорить о том, что особым потенциалом в этом отношении обладают личностные качества преподавателя, способные обеспечить внутреннюю детерминацию деятельности педагога, его самоактуализацию. Известно, что чем менее выражена самоактуализация

личности, тем реальнее и глубже СЭВ (Умняшкина, 2001). Действительно, профессиональное развитие неотделимо от личностного – в основе и того, и другого, лежит принцип саморазвития, ведущий к высшей форме жизнедеятельности личности – самореализации.

В условиях роста тенденций к автономности в системе высшего образования в целом, особенно четко проявляется следующая зависимость: чем выше уровень автономности – важнейшего личностного качества педагога, тем меньше вероятность проявления эмоционального выгорания как формы профессиональной деформации преподавателя. Можно с уверенностью констатировать, что профессиональная автономность обладает серьезным потенциалом как фактор личностно-профессионального саморазвития и профилактики эмоционального выгорания педагога.

Говоря о профессиональной автономности преподавателя, мы исходим, прежде всего, из содержания понятия личностной автономности, которое по своей этимологии означает, что личность ориентируется на собственный закон развития (Леонтьев, 2002, с. 33).

В ряде известных философских теорий (Кант, Сартр и др.) автономность раскрывается через понятия свободы и независимости личности, поскольку только независимая личность способна принимать решения, делать выбор, что требует построения определенных личностных убеждений. Автономной личностью становится тогда, когда способна не отрицать естественные проявления зависимости, а управлять ими с помощью личностных установок, т. е. делать выбор. Соответственно, автономность часто, как и свобода, связывается с осознанностью и пониманием ситуации, с возможностью выбора и ответственности за сделанный выбор. Основываясь на понимании Э. Фроммом свободы не как «действия в сознании необходимости», а как «действия на основе осознания альтернатив и их последствий» (Фромм, 1992, с. 103), автономность может быть представлена как личностное качество, позволяющее субъекту действовать относительно независимо (принимать ответственные решения, делать самостоятельный выбор) от внешних установок на основе осознания альтернатив и их последствий и способности к качественно и количественно повышенному уровню самостоятельности.

Современные теории автономности, как правило, имеют высокую степень абстрактности, что объясняется сложностью понятия, относящегося по своему происхождению к политике, и характеризующегося сегодня множеством теоретических концептуализаций в области философии, психологии и педагогики и других отраслях науки.

В зарубежной психологической литературе автономность личности считается сегодня одним из базовых психологических механизмов, связанных с такими сферами психического как ценности, смыслы, мотивы (Маслоу, 1996). По мнению основателя аналитической психологии К. Г. Юнга, автономность и свобода личности опираются на процессы

перцепции и апперцепции, мышления, оценки, предвосхищения, воли и влечения. Именно стремление к «автономному душевному комплексу» составляет основу позитивного направления развития личности (Юнг, 1996). Так, Р. Мэй отмечает прямую взаимосвязь между свободой человека и его душевным здоровьем. «Душевное здоровье подразумевает обретение чувства личной ответственности и, следовательно, свободы; невроз – это отказ от свободы, подчинение своей личности жестким устойчивым формулам» (Мэй, 1994, с. 17).

В связи со сказанным выше, особую актуальность в отношении исследуемой роли автономности педагога в профилактике эмоционального выгорания приобретает рассмотрение основных идей разрабатываемой сегодня на западе *теории содержания целей* (Kasser, Ryan, 1996; Sheldon, Kasser, 2008). В соответствии с данной теорией, люди, которые придают большее значение внешним стремлениям (разбогатеть, стать знаменитым, и т. п.) по сравнению с внутренними (цели личностного роста, поддержания здоровья, построения межличностных отношений и др.), обладают меньшим психологическим благополучием, чем те, кто отдает приоритет ценностям и целям внутреннего характера.

Результаты современных исследований в области психологии говорят о том, что стержнем автономности личности является наличие внутреннего локуса контроля или внутренней детерминации (мотивации) деятельности. Зарубежные психологи Э. Л. Деси и Р. М. Райан понимают автономность как способность человека «действовать как субъект, исходя из глубинного ощущения себя», т. е. «быть самоинициируемым и саморегулируемым» (Deci, Ryan 1986, с. 174).

В отношении исследуемой проблемы профилактики эмоционального выгорания через развитие автономности важное значение имеет разрабатываемая Э. Л. Деси и Р. М. Райаном теория самодетерминации (Ryan, Deci, 1995), развивающаяся в русле позитивной психологии, в которой понятие автономности личности как способности самостоятельно определять и регулировать собственную жизнь связано с формулировкой «позитивного» образа человека в психологии, с подчеркиванием аспекта психического здоровья и личностного роста. В этом же направлении мыслит и К. Рифф (Ryff, 1995), которая на основе существующих теорий и концепций позитивного психологического функционирования (теории А. Маслоу, К. Роджерса, Г. Олпорта, К. Г. Юнга, Э. Эриксона и др.) создает собственную теорию психологического благополучия, одним из основных компонентов которой предстает автономность как независимость, способность противопоставить свое мнение мнению большинства, нестандартное мышление и поведение.

В современной психологической науке автономность рассматривается как движущая сила самоактуализации, так как самоактуализация предполагает присутствие осознанной ответственности за свои действия,

поступки, понимание индивидом значимости своей личности и постоянное стремление к личностному развитию (Маслоу, 1996). В исследованиях также отмечается, что чем менее выражена самоактуализация личности, тем реальнее и глубже эмоциональное выгорание (Умняшкина, 2001). Это позволяет выявить потенциал автономности в решении проблемы эмоционального выгорания педагогов и рассматривать автономность как важный фактор профилактики эмоционального выгорания (Vandenberghe, 1999).

Наименее исследованной является автономность в педагогике, где она предстает как «способность управлять собственной преподавательской деятельностью» (Tort-Moloney, цит. по. – Smith, 2003:1), «независимость суждений, способность к критической рефлексии, принятию решений и независимым действиям» (Little, цит. по. Benson, 2002, с. 2). При этом в целом, как правило, все существующие теории соотносятся с понятием учебной автономности и находятся в рамках идеи, обозначенной Ф. Бенсоном как «что я делаю, и почему я делаю это» (Benson, 2002). В целом, с точки зрения педагогики, развитие автономности личности в образовании тесно связано с необходимостью формирования у нее познавательной активности, самостоятельности, инициативности, ответственности, свободы выбора, навыков самоконтроля, мотивации к овладению новыми знаниями и способами действий.

Проведенный сравнительно-сопоставительный анализ существующих философских, психологических и педагогических теорий автономности личности, позволяет рассматривать профессиональную автономность как способность личности преподавателя к интенсивной профессиональной активности и личностно-профессиональному саморазвитию, основанную на относительной независимости от внешних обстоятельств (среды и ситуации), самостоятельном целеполагании, свободном выборе (а иногда и преодолению) нормативно задаваемых форм, средств, методов и содержания профессиональной деятельности, рефлексии своего опыта и профессионального поведения, инициативности, самостоятельности и ответственности за последствия совершаемых профессионально-педагогических действий.

В таком понимании профессиональная автономность предстает как качество, позволяющее преподавателю воспринимать возникающие в образовательной среде вызовы не как стрессоры, а как стимулы для саморазвития. Это обеспечивает трансформацию с внешнего на внутренний локус контроля, тем самым развивая устойчивость педагога к воздействию различных фрустрирующих факторов, высокую степень мотивации достижений, в частности, в области профессионально-личностного саморазвития, осознание собственной ведущей роли в достижениях и постановке своих личностно-профессиональных целей, личностной ответственности за свои профессиональные действия.

Как следствие, профессиональная автономность преподавателя может служить показателем его личностного здоровья и психической устойчивости, а, значит, способна помочь педагогам преодолеть возможные зачатки эмоционального выгорания. Полученные выводы обуславливают необходимость разработки для педагогов высшей школы специальных программ развития профессиональной автономности для решения проблемы преодоления возможных зачатков эмоционального выгорания.

Литература

1. Бойко В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других / В. В. Бойко. – М., 1996. – 469 с.
2. Леонтьев Д. А. От симбиоза и адаптации к автономии и трансценденции / Д. А. Леонтьев // *Личность в современном мире: от стратегии выживания к стратегии жизнетворчества* / под ред. Е. И. Яцуты. – Кемерово: ИПК «Графика», 2002. – С. 3-34.
3. Маслоу А. Мотивация и личность / А. Маслоу // *Теории личности в западно-европейской и американской психологии. Хрестоматия по психологии личности.* – Самара: Изд. Дом «БАХРАХ», 1996. – С. 422-449.
4. Мэй Р. Искусство психологического консультирования / Р. Мэй. – М.: Класс, 1994.
5. Умняшкина С. В. Синдром эмоционального выгорания как проблема самоактуализации личности (в сфере помогающих профессий): дисс... канд. психол. наук: 19.00.04. – Томск, 2001, – 162 с.
6. Фромм Э. Душа человека / Э. Фромм. – М.: Республика, 1992.
7. Юнг К. Г. Структура психики и процесс индивидуации / К. Г. Юнг. – М.: Наука, 1996.
8. Benson P. (2002). Teacher's and learner's theories of autonomy. Retrieved January 10, 2008, from <http://lc.ust.hk/~ailasc/symposium/Concepts01Benson.pdf>
9. Deci E., Ryan R. The dynamics of self-determination in personality and development // *Self-related cognitions in anxiety and motivation.* – Hillsdale, 1986. – P. 171-194.
10. Freudenberger H. Staff burnout / *Social issues.* 30 (1): 159-166, 1974.
11. Kasser T., Ryan R. M. Further examining the American dream: Differential correlates of intrinsic and extrinsic goals // *Personality and Social Psychology Bulletin.* – 1996. Vol. 22. P. 280-287.
12. Maslach C., Schaufeli W. B., & Marek, T. (Eds.) (1993). Professional burnout: Recent developments in theory and research. Washington, Dc: Taylor & Francis.
13. Ryan R., Deci E., Grolnick W. Autonomy, relatedness, and the self: Their relation to development and psychopathology // D. Cicchetti, D. J. Cohen (eds.). *Developmental psychopathology.* Vol. 1. Theory and methods. N. Y.: Wiley, 1995, pp. 618-655.
14. Ryff C. D., Keyes, C. L. M. The structure of psychological well-being revisited // *Journal of Personality and Social Psychology,* 1995, 69, 719-727
15. Sheldon K. M., Kasser T. Psychological threat and extrinsic goal striving // *Motivation and Emotion.* 2008. Vol. 32. P. 37-45.
16. Smith R. C. (2003). Teacher education for teacher-learner autonomy. Retrieved January 19, 2008, from http://www.warwick.ac.uk/~elsdr/Teacher_autonomy.pdf symposium/Responses08Shaw.pdf
17. Vandenberghe R. and Huberman A. M. Understanding and Preventing Teacher Burnout. Cambridge University Press, 1999. Cambridge Books Online. 04 November 2012 <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511527784.001>

ТРАНСКОММУНИКАТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ КАК УСЛОВИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ

И. В. Замарёхина

Забайкальский государственный университет

В современных условиях развития жизненного пространства идет активный поиск новых форм развития жизненного ресурса и актуализации жизненного потенциала человека, где большое внимание уделяется проблемам коммуникации.

В контексте транскоммунитивного подхода к исследованию личности, коммуникация понимается не только как средство передачи информации, но и является способом организации наших представлений о себе и окружающем мире, идентификации себя. В этом контексте, В. И. Кабриным, создателем транскоммунитивного подхода к исследованию личности, предложено новое определение личности как «встречи человека с миром», где личность рассматривается как «субъект и внешнего (межличностного) и внутреннего (духовного) пространства К-мира, в котором она поддерживает и развивает коммуникативные и ментальные структуры своего Я» [4, с. 37]. В связи с этим можно сделать вывод о том, что коммуникация не ограничивается процессом общения как интеракционным или перцептивным способом взаимодействия человека с окружающей средой. Коммуникация, по мнению В. И. Кабрина, является универсальной информационно-энергетической составляющей смыслотворческого процесса организации жизни человека, которая обладает признаками саморазвития и самоорганизации.

Как было отмечено выше, транскоммунитивация является центральным понятием в теории В. И. Кабрина, которое позволяет синтезировать уровни ментальной сферы личности в контексте ее коммуникативного мира. Потенциал данного категориального понятия позволяет отразить невидимую, скрытую сторону сверхсложных, находящихся в непрерывной динамике психических явлений, отражающих процесс становления многомерного мира человека. Транскоммунитивация как явление объединяет и обуславливает процессы и состояния, которые определяются «пиковым» душевным процессом и состоянием стресс-транс-формации.

Транскоммунитивный потенциал личности, по мнению В. Е. Ключко, есть «... разновидность творческого потенциала, проявляющегося в ситуации возможного, неочевидного, незаданного общения как креативная инициатива создания новой (инновационной) коммуникации с новым субъектом общения как иным (открывающимся другим). Величина потенциала характеризуется новизной, неожиданностью инициативы постигающей (транцендирующей в) степень инаковости и далее разнопорядковости партнера. ТПЛ реализуется в трансформации

коммуникативной стресс-мобилизации в творческий транс (раздвигающий исходные границы коммуникативной ситуации). Через ТПЛ происходит рост творческого потенциала и качества коммуникативной ситуации (пространства), где он реализуется» [5, с. 236].

Поскольку транскомуникация образует ментальное пространство личности, то личность выступает как субъект внешнего межличностного мира и внутреннего духовного коммуникативного мира, в котором она поддерживает и развивает коммуникативные и ментальные структуры своего «Я».

Нами была предложена, а затем и апробирована группа «Жизненного опыта», как вариант группы взаимопомощи студентов переживающих ситуацию социально-психологической адаптации к вузу. Участниками группы «Жизненного опыта» стали студенты-психологи, обучающиеся на первом курсе в ЗабГГПУ. Непосредственной целью группы «Жизненного опыта» является развитие транскомуникативного потенциала личности. Данная группа работала в течение трех месяцев, с интенсивностью встреч – один раз в неделю, продолжительность одного группового сеанса составляла примерно 1,5 часа.

В результате контент-анализа материалов ММКМ (метод моделирования коммуникативного мира личности) нами были сформулированы основные проблемы, характеризующиеся проживанием стресс-коммуникативных состояний студентов первого курса: проблема адаптации к новому учебному заведению (вузу) и процессу учебы; проблема адаптации в новой учебной группе; проблема адаптации к обществу и проживанию в новых бытовых условиях; проблемы общения с противоположным полом, новые знакомства; проблемы, связанные с личной коммуникабельностью в процессе взаимодействия с новыми, незнакомыми людьми как преподавателями, представителями административных структур, так и другими абитуриентами; проблемы, связанные с проживанием стресса по поводу оторванности от дома, семьи, привычной коммуникативной среды.

Таким образом, группа «Жизненного опыта» – это система групповой само- и взаимопомощи. В основе этой группы находится коммуникация, во время которой в группе снимаются защиты, субъект, видя себе подобных и не чувствуя осуждения со стороны других членов группы, не стремится выглядеть лучше, чем есть на самом деле. Вследствие этого происходит значительное снижение защит, стремление к самораскрытию, чему сопутствуют особые эффекты катарсиса и инсайта. Данная форма групповой работы ориентирована на людей, которых объединяет общий симптом, опыт переживания похожих жизненных событий или проблемных ситуаций.

В процессе работы в группе «Жизненного опыта» происходит изменение отношения к собственным проблемам и трудностям. Идентификация с членами группы позволяет расширить собственную картину мира.

Собственные исследования показали, что проблема адаптации при поступлении и последующем обучении в вузе характеризуется не только социально-психологическими видоизменениями учебной деятельности, но в большей степени связана с динамикой и факторами транскommунитивных состояний в процессе социализации и личностного развития человека. Мы установили, что студенты первого курса переживают коммуникативный вакуум, на фоне которого и формируются коммуникативные стресс-состояния (Замарёхина И. В., 2010). Такие состояния проявляются в неспособности адаптироваться к изменившейся социально-психологической реальности. Формируются различные формы психической ригидности, происходит смещение уровня субъективного контроля с позиции балансирования между интернальностью и экстернальностью в пользу последнего, что может проявляться в конформном, уступчивом поведении, а это, в свою очередь, может являться причиной формирования девиантного, аддиктивного, деликвентного поведения. Данная тенденция может породить множество проблем, связанных с динамикой эмоциональных, мотивационных и других внутренних психологических компонентов, непосредственно связанных с процессом развития личности.

Мы полагаем, что возможность трансформации коммуникативного мира личности будет осуществляться за счет транскommунитивного потенциала личности. Поскольку именно транскommунитивный потенциал определяет то, насколько личность может в коммуникативном процессе менять свои состояния. По нашему мнению, эффективность такой трансформации будет выражаться в личностном росте, самоактуализации и самореализации личности. Условием трансформации коммуникативного мира личности (актуализации транскommунитивного потенциала) личности в нашем случае является группа «Жизненного опыта».

Практическое значение группы «Жизненного опыта».

1. Группа «Жизненного опыта» направлена на самораскрытие личности, которое предполагает открытое выражение чувств и мыслей. В группе субъект принимает риск быть самим собой, отказываясь от неадекватных защитных стереотипов, что положительным образом сказывается на его личностном росте.

2. В группе «Жизненного опыта» путем идентификации себя с членами группы предоставляется возможность субъекту увидеть свою роль и позицию в стандартных межличностных ситуациях и глубже понять собственные проблемы и мотивы.

3. В процессе работы в группе «Жизненного опыта» среди участников возникает ощущение общности, единства, взаимопонимания, необходимости и сопричастности, что положительным образом сказывается на продуктивности коммуникативного опыта, приобретаемого в процессе динамичной работы участников группы.

4. В ходе работы группы у участников исчезает ощущение уникальности собственных проблем и исчезает установка «мне никто не может помочь». Осознав идентичность собственных проблем с проблемами других участников группы, субъект оказывается в состоянии принять помощь от других членов группы «Жизненного опыта».

5. Трансформация коммуникативного мира личности происходит путем формирования новых форм транскомуникативных состояний, переживаемых личностью в процессе групповой работы.

6. В процессе работы в группе «Жизненного опыта» человек открывается новому опыту, созиданию самого себя, что позволяет ему менять систему отношений к субъективной реальности и конструировать новые, эффективные поведенческие паттерны, которые могут быть реализованы в реальной жизни.

По результатам исследования, были сделаны следующие выводы:

Становление новых параметров трансформирующегося ментально-пространства студента первого курса можно осмыслить как результат «транскомуникаций» – коммуникаций транзактного типа в процессе его адаптации к новой коммуникативной среде. Они проявляются во взаимоотношениях между самими студентами внутри группы и другими объектами взаимодействия и направлены на изменение привычных способов поведения и коммуникаций, определяющих структуру и форму нового коммуникативного пространства.

Установлено, что у студентов первого курса, проживающих ситуацию социально-психологической адаптации к новым транскомуникативным, средовым условиям, интенсивность переживания жизненных ситуаций и динамика транскомуникативных состояний характеризуется коммуникативным стрессом. В условиях закрытости психологической системы состояние коммуникативного стресса доминирует над состоянием коммуникативного транса и блокирует транскомуникативный потенциал личности, направляя тем самым вектор личностного роста в сторону регресса.

Показано, что групповая форма работы в виде организации группы взаимопомощи, которая была названа нами группой «Жизненного опыта», является эффективным средством в достижении положительной динамики транскомуникативных состояний личности, обуславливающих развитие личности в процессе профессионального становления.

4. Группа «Жизненного опыта» является эффективным средством укрепления психического здоровья студентов в условиях адаптации к вузу.

Литература

1. Замарёхина И. В. Развитие транскомуникативного потенциала личности студентов первого курса / И. В. Замарёхина // Сибирский психологический журнал. – 2009. – № 34. – С. 84-86.
2. Замарёхина И. В. Возможности трансформации коммуникативного мира личности в условиях группы / И. В. Замарёхина // Психология общения XXI век: 10 лет развития: мат-лы Междунар. конф.: в 2 т. – М., 2009. – Т. II. – С. 16-19.

3. Замарёхина И. В. Транскоммуникация: преобразование жизненных миров человека. Коллективная монография / Под ред. И. В. Кабрина. Томск, Изд-во Изд-во Том. Ун-та, 2011. – 400 с.
4. Кабрин В. И. Коммуникативный мир и транскоммуникативный потенциал жизни личности: теория, методы, исследования. – М.: Смысл, 2005. – 248 с.
5. Ключко В. Е. Становление многомерного мира человека как сущность онтогенеза / В. Е. Ключко // Сиб. психологический журнал. – 1998. – Вып. 8. – С. 7-15.

ПСИХОЛОГО-АКМЕОЛОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ СПЕЦИАЛИСТА

А. Ш. Капанова, Г. Г. Вербина

Чувашский государственный университет

Основным макросоциальным условием развития профессионального здоровья специалиста является востребованность в обществе людей, ориентированных на повышение здоровьесберегающей компетентности, воспитанных нести ответственность за свое здоровье и жизнь, направленных на постоянные акме-ориентированные здоровьесберегающие самоизменения.

Однако, как показано в исследовании Л. А. Степновой, современному обществу навязываются в качестве ориентиров личностного развития успех и достижения, сила и конкурентность, рацио и сдержанность. Уход человека от своей истинной природы, проявляющийся в желании казаться, а не быть, связан с его аутопсихологической некомпетентностью (Л. А. Степнова, 2003). Аутонекомпетентность приводит не только к депрессивно-тревожным состояниям, что отмечает Л. А. Степнова, но и к остановке процесса акме-ориентированного саморазвития, формированию неподлинной личности.

В современном российском обществе темпы социальных и культурных перемен превосходят темпы соответствующих перемен в поведении людей, в отношении их к своим правам и обязанностям, а особенно, к своему здоровью в изменяющихся условиях. Вместе с тем известно, что скорость преобразования во многом зависит от массового уровня общего культурного и профессионального развития, от способности и готовности людей к созданию и освоению нового, от способности и готовности нести ответственность за свое здоровье и жизнь. В кризисных и переходных состояниях общества, когда усиливаются изменчивость и рассогласование во всех сферах жизнедеятельности, возрастает потребность в исследованиях влияния всех этих изменений на развитие профессионального здоровья специалиста. Поэтому наиболее актуальными для науки являются ситуации зарождения новых социальных явлений, процессы самоорганизации и самоопределения как общества, так

и человека, проблемы интериоризации и интеркоммуникативности культуры и социума, их динамическое многообразие, а так же все, что связано с субъектным представлением человека, формирующим более организованную, устойчивую и здоровую жизнь и изменяющим при этом свою личность в процессе жизнедеятельности.

Психолого-акмеологический подход позволяет интегрировать принципы и деятельностного, и личностно-деятельностного подхода, поэтому в психолого-акмеологических исследованиях развитие профессионального здоровья рассматривается как элемент более сложных систем и анализируется с учетом тех закономерностей, условий и факторов, которые обеспечивают высший уровень в какой-либо области деятельности зрелых людей.

Психолого-акмеологическими условиями развития профессионального здоровья специалиста, с нашей точки зрения, являются:

- востребованность продуктивно работающих специалистов, обладающих высоким уровнем здоровьесберегающей компетентности, со стороны организаций;
- воспитание готовности нести ответственность за свое здоровье и жизнь, готовности специалиста к самопознанию, саморазвитию и здоровьесберегающему самосовершенствованию;
- создание развивающей среды, как в рамках профессиональной деятельности, так и в ситуациях общеобразовательного и профессионального обучения и переобучения;
- создание научно-методологической базы формирования здоровьесберегающей компетентности, позволяющей реализовать в ходе ее формирования учебно-методические программы и развивающие здоровьесберегающие тренинги;
- особая организация учебного процесса, предусматривающая введение диагностических и активных здоровьесберегающих форм занятий;
- особенности организационной среды, тип организационной культуры общеобразовательных учреждений и высшей школы, определяемый как «обучающий», способствующий формированию здоровьесберегающей компетентности; наличие в ней системы, стимулирующей эффективное развитие профессионального здоровья специалиста.

Рассмотрим каждое из условий подробнее.

Создание развивающей среды предусматривает реализацию дидактических условий организации образовательного процесса, стимулирующего развитие, среди которых выделяются (Н. Б. Посталюк):

- проблематизация учебного курса: выделение в предметной области объективных и субъективных познавательных противоречий между теорией и фактами, новыми идеями и устоявшимися представлениями, сосуществующими теориями и т. д.

- оптимальное временное соотношение алгоритмического, эвристического и творческого этапов развертывания проблематизированного курса, создание «цепочки» проблемных ситуаций, когда информация, полученная в ходе решения предыдущей задачи, необходима для решения последующей;
- развитие рефлексивной активности слушателей, обеспечивающей высокий уровень развития самоуправления, самооценки, близкой к адекватной, нацеленностью на дальнейшее личностное развитие и диалог в учебном процессе;
- применение диалога, как одного из основных дидактических средств;
- использование дидактической игры, которая выступает уникальной организационной формой обучения и воспитания, в которой одновременно реализуются три фактора развития творческого стиля деятельности: проблематизация содержания образования, рефлексивная позиция участников учебного процесса и диалог как форма субъект-субъектного взаимодействия. Их совместное действие и составляет своеобразный механизм развития личности.

Применительно к развитию профессионального здоровья специалиста дидактические условия реализуются через:

1. Изучение основ психологии субъекта, личности, психофизиологических индивидуальных различий, ценностных ориентаций, психологии и акмеологии здоровья, влияния профессиональной деятельности на здоровье, здоровьесберегающей компетентности (в рамках специальных курсов);
2. Рефлексивно-диагностический этап: выявление уровня развития профессионального здоровья специалиста, психофизиологических индивидуально-типологических особенностей (в ходе специальных диагностических процедур);
3. Разработку траекторий развития профессионального здоровья специалиста в рамках здоровьесберегающих программ. Выявление зон ближайшего развития (практикум по развитию здоровьесберегающей компетентности, индивидуальные консультации).
4. Овладение копинг-стратегиями и здоровьесберегающими технологиями саморазвития в рамках решения акмеологических задач (психолого-акмеологические здоровьесберегающие программно-целевые тренинги).
5. Апробацию приобретенных видов здоровьесберегающей компетентности в профессиональной деятельности с последующей диагностикой уровня развития профессионального здоровья специалиста и анализом его содержания (индивидуальные консультации).

Социально-психологические условия развития профессионального здоровья (в том числе и индивидуального и психического здоровья)

специалиста связаны с особенностями межличностного взаимодействия и определяют тенденции развития профессионального здоровья специалиста.

Основным социально-психологическим условием развития профессионального здоровья специалиста является личностная ориентация на коммуникативное взаимодействие, с целью повышения здоровьесберегающей компетентности.

В целом коммуникативное взаимодействие можно определить как специфическую деятельность в системе «субъект – субъект», основанную на движении здоровьесберегающей психолого-акмеологической информации, направленную на то или иное изменение в сознании или поведении участников общения и повышающую степень их общности при сохранении неповторимой индивидуальности каждого.

В рамках системы образования первичным остается общение слушателя с преподавателем и с другими слушателями. От характера этого общения, его особенностей зависит, будет ли актуализирована у слушателя потребность в повышении своей здоровьесберегающей компетентности. Эмоционально-положительное отношение к процессу развития профессионального здоровья специалиста обеспечивается тем, что преподаватель подбирает для занятий яркий, эмоционально окрашенный материал, а на занятиях совместно со слушателями вырабатывает и принимает правила: слушать и слышать каждого, не перебивать говорящего, высказывать любую точку зрения, принимать ее спокойно, не злословить, уважать чужое мнение, избегать категоричного неприятия чужих суждений. Это обеспечивает наличие безопасной психологической среды, позволяющей каждому участнику занятий свободно самовыражаться. Эмоциональный контакт слушателей с преподавателем, предъявляющим образцы творческого поведения, также способствует созданию эмоционально-положительного отношения к сбалансированному развитию профессионального здоровья. В результате у слушателей будут снижаться ситуативно проявляющиеся отрицательные эмоции, блокирующие процесс акме-ориентированных здоровьесберегающих самоизменений.

В исследовании Т. Е. Егоровой (Т. Е. Егорова, 1997) показано, что характер изменений субъективного опыта участников образовательного взаимодействия связан с типом коммуникации. Личностно ориентированная коммуникация, то есть диалог приводит к взаимным изменениям в смысловой сфере партнеров по общению.

Эти изменения происходят в рамках совместного когнитивного пространства, строящегося в процессе диалога. Автор показывает, что процесс построения совместного когнитивного пространства начинается с актуализации части субъективного опыта каждого партнера по общению и вынесения ее в межсубъектное пространство. Основанием для актуализации определенной части опыта является предмет общения. При этом

когнитивное пространство каждого из участников общения автор рассматривает как отражение в когнитивной сфере индивидуального опыта, то есть образ мира. В силу сугубо индивидуального различия в образах мира партнеров, субъективный опыт у обоих партнеров также по-разному организован. При этом отмечает Т. Е. Егорова, операциональным аналогом системы значений является индивидуальное семантическое пространство.

В ходе диалога на основе двух принципиально различных семантических пространств создается третье, отражающее точки зрения обоих партнеров, но не сводимое ни к одной из них, тогда как при монологической коммуникации индивидуальное семантическое пространство одного партнера навязывается другому. Вновь образованный третий образ мира интериоризируется затем партнерами по общению, что приводит к перестройке их видения предмета диалога, а возможно, и к коренному переструктурированию всего образа мира. Таким образом, совместное когнитивное пространство становится источником изменения образа мира каждого партнера по общению. Результатом этого процесса будет изменение индивидуального семантического пространства, по крайней мере, относительно предмета диалога.

Педагогическими условиями развития профессионального здоровья специалиста в системе образования являются разные аспекты образовательного процесса, который при продуманной целенаправленной его организации активизирует личный рост и сознательные волевые усилия слушателей по планомерному самоизменению и самообогащению своих возможностей как субъекта физического, психологического, социального и профессионального самотворчества. Педагогические условия развития профессионального здоровья специалиста в системе общего образовательного, непрерывного профессионального образования и высшей школы были разработаны с учетом модели реализации педагогических условий развития профессиональной компетентности государственных служащих (А. А. Деркач, 2003). Исходя из этого, педагогическими условиями развития профессионального здоровья специалиста в системе общего образовательного, непрерывного профессионального образования и высшей школы являются: учет уровня развития самоанализа, рефлексии, информированности как действующих специалистов, так и будущих; использование в образовательном процессе индивидуальных здоровьесберегающих программных средств развития профессионального здоровья специалиста; корректирование содержания и технологии организации самостоятельной работы (по самопознанию, самоорганизации и саморегуляции) с учетом уровня развития профессионального здоровья; а также высокое качество знания; результативность обучения; его оптимальность (выбор наилучших для данных условий методов, средств обучения); интенсивности (мера насыщенности процесса обучения); максимальное использование резервов личности обучаемого.

Педагогические условия развития профессионального здоровья специалиста включают:

- достигнутый (начальный) и проектируемый уровни развития профессионального здоровья специалиста;
- формы обучения специалистов (общеобразовательная система, система профессиональной подготовки и переподготовки, высшая школа, семья, самостоятельная работа) на базе которых происходит развитие профессионального здоровья специалиста;
- характеристики процесса обучения в общеобразовательной системе, системе профессиональной подготовки и переподготовки, в высшей школе, а также в ходе самостоятельной работы.

Первым и основным педагогическим условием развития профессионального здоровья специалиста мы считаем внедрение в процесс образования (общеобразовательного, профессионального, высшего и др.) здоровьесберегающего личностно ориентированного подхода.

Таким образом, внедрение здоровьесберегающего личностно ориентированного подхода в систему подготовки и переподготовки специалистов – это не технологический, а ценностный шаг, переход от целенаправленной системы образования к ценностно-ориентированной системе. Внедрение здоровьесберегающего личностно ориентированного подхода в систему образования специалистов позволяет реализовать следующие функции: воспитательную, образовательную, развивающую, стимулирующую к самопознанию, самоорганизации, личностной саморегуляции, здоровьесберегающей направленности, к сохранению и развитию профессионального здоровья. Содержание здоровьесберегающего личностно ориентированного обучения как условия сбалансированности развития профессионального здоровья специалиста определяется его направленностью на удовлетворение иерархии потребностей человека (по А. Маслоу, 2008) и призвано помочь специалисту в выстраивании собственной личности, определении собственной личностной позиции в отношении к здоровью и жизни: выбрать значимые для себя ценности, овладеть определенной суммой знаний, выявить круг интересующих жизненных и профессиональных проблем, освоить способы их решения, открыть рефлексивный мир собственного Я и научиться управлять им. В соответствии с этим содержание здоровьесберегающего личностно ориентированного обучения должно включать следующие компоненты:

- аксиологический (имеет целью введение как будущих специалистов, так и действующих в мир ценностей и оказание им помощи в выборе здоровьесберегающей личностно значимой системы ценностных ориентаций);
- когнитивный (обеспечивает специалистов системой научных знаний о человеке, природе, физиологии, психосоматике, психологии и акмеологии здоровья как основе сбалансированного развития профессионального здоровья);

- деятельностно-творческий (имеет целью формирование у специалистов разнообразных здоровьесберегающих способов деятельности);
- личностный (обеспечивает самопознание, развитие рефлексивных способностей, овладение способами саморегуляции и самоорганизации, формирования жизненной позиции и ответственности за свое здоровье и жизнь).

Цель здоровьесберегающего личностно ориентированного обучения как условия сбалансированности развития профессионального здоровья – заложить в будущем и действующем специалисте механизмы адаптации, самоорганизации, саморегуляции, самореализации, саморазвития, самозащиты, самовоспитания и другие необходимые механизмы сохранения и укрепления профессионального здоровья.

Литература

1. Вербина Г. Г. Интеграция индивидуального, психического и профессионального здоровья. – Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2008. – 245 с.
2. Деркач А. А. Психолого-дидактические особенности совершенствования психологического образования государственных служащих. – М.: Изд-во РАГС, 2003. – 62 с.
3. Егорова Т. Е. Формирование аутопсихологической компетентности в условиях групповой интенсивной подготовки: дис. канд. психол. наук. – М., 1997. – 233 с.
4. Маслоу А. Мотивация и личность / пер. с англ. – 3-е изд. – СПб.: Питер, 2008. – 352 с.
5. Степнова Л. А. Развитие аутопсихологической компетентности государственных служащих: дис. . . . д-ра психол. наук. – М., 2003. – 643 с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ КАК УСЛОВИЕ СОХРАНЕНИЯ И УКРЕПЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

С. М. Колкова, Л. Н. Горбунова

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

МБОУ Центр психолого-медико-социального сопровождения № 6 Красноярск

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 авторитарторы 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 заявленному 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. Красноярск.

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.

Литература

1. Балыхин Г. А. Система образования в Российской Федерации: финансовое, организационное и нормативно-правовое обеспечение // Экономика образования. – 2001. – № 1. – С. 25-32.
2. Сухомлинский В. А. Сердце отдаю детям. – Киев: Радянська школа, 1974. – 288 с.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ДОСТИЖЕНИЯ И СОХРАНЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СУБЪЕКТОВ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

С. Г. Краснова

БОУ ДПО (ПК) С «Чувашский республиканский институт образования»

Психическое здоровье определяется как состояние душевного благополучия, полноценной психологической деятельности, выражающееся в бодром настроении и хорошем самочувствии. Понятие «психическое здоровье» ввел А. Адлер. Согласно его мнению составляющими психического здоровья являются стремление к самосовершенствованию и взаимодействие с другими людьми.

Говоря о проблемах психического здоровья субъектов образовательного процесса, следует выделить проблему сохранения здоровья педагогов и учащихся. По данным проведенных нами исследований более 40 % опрошенных учителей негативно оценивают свои профессиональные достижения. Учитель оказался в сложной ситуации. Его самочувствие, несомненно, оказывает влияние на процесс обучения, осуществление взаимодействия с учащимися. Между тем педагог является одним из главных лиц, формирующих здоровье детей.

Что касается здоровья детей, то согласно данным исследований (Спиваковская, 1998), значительная часть детей имеет отклонения пограничного характера: синдром дефицита внимания и гиперактивности, минимальные мозговые дисфункции и др. Исследователь отмечает, что 40-60 % детей страдают неврозами. Отметим, что невроз определяется как нервно-психическое расстройство, имеющее психическую природу, затрагивающее эмоциональную сферу. Речь идет о переживаниях, стрессах, тревожности и других негативных психических состояниях.

Близким по значению к понятию «психическое здоровье» является «социальное здоровье». Показателями социального здоровья являются стремление к созданию конструктивных взаимоотношений с другими людьми, творческое восприятие реальности. По поводу социального здоровья А. Адлер (2007) отмечал, что человек, постоянно сотрудничающий с другими людьми, никогда не станет невротиком.

Психическое здоровье создает фундамент для более высокого уровня здоровья – психологического. Психологическое здоровье характеризуется высоким уровнем личностного развития и выражается в наличии у человека представлений о цели и смысле жизни, осознанием ответственности за свою судьбу и развитие.

Труд педагога отличает высокая эмоциональная загруженность, стрессируемость. Значительная часть педагогов подвержена синдрому «эмоционального выгорания». Исследователь К. Кондо (1991) утверждает, что «эмоциональному выгоранию» специалисты подвержены по причине избытка или отсутствия ответственности, чрезмерной рабочей нагрузки, неадекватных межличностных отношений. К ключевым признакам эмоционального выгорания относятся: потолок возможностей эмоционального «Я» педагога противостоять истощению; негативный опыт, в котором сконцентрированы проблемы, дистресс, дискомфорт.

Эмоциональное выгорание проявляется:

- в забывании каких-либо моментов;
- в снижении интереса к работе;
- в нежелании видеть тех, с кем приходится общаться по роду деятельности; эмоциональном безразличии;
- в астении.

Э. Голизек (1995) в связи с этим предлагает педагогам систематически повышать квалификацию, постоянно быть в курсе новых идей, научиться планировать свое время. Исследователь А. Е. Сазонтов (2003) предлагает следующие пути достижения здоровья:

- осознание самого себя в контексте отношений с собой, с другими, природой;
- самопознание через налаживание человеком контакта со своим бессознательным;
- самоактуализация.

Исследователь утверждает, что жизнь человека представляет собой цепочку выборов. И именно преобладание выбора, ориентированного на собственную внутреннюю сущность, способствует достижению психического здоровья. Согласно концепции А. Маслоу (2004), психически здоровым и духовно развитым людям свойственно стремление воплотить свои возможности, проявляемые в творчестве, компетентности, проницательности, развитии собственной личности. В иерархии потребностей самоактуализация находится на самом верхнем уровне. Авторы теории потребностей К. Роджерс и А. Маслоу (2004) отмечали, что самоактуализация становится возможным при реализации низлежащих потребностей (потребности в безопасности, уважении, признании, а также познавательных и эстетических потребностей).

Средством налаживания контакта с бессознательным выступает знание, основанное на переживании (речь идет о спонтанном знании). Здесь уместно вспомнить этапы решения творческой задачи П. Торренса (1974). Первый этап характеризуется сознательными усилиями по поиску выхода из проблемной ситуации. На втором этапе наступает фрустрация. Проанализировав всю имеющуюся информацию и проверив возникшие варианты решения проблемы человек не находит ответа. В тот момент, когда работа над решением проблемы прекращается (этот этап назван инкубационным), проблема передается с левого полушария головного мозга в правое. Затем наступает момент поступления в сферу сознания решения проблемы (инсайт). Отметим, что левое полушарие связано с решением логических операций, а правое обеспечивает поступление в сферу сознания новой информации. На пятом этапе истинность полученного решения проверяется логическими средствами.

В поддержании психического здоровья педагога и детей огромное значение имеет способность к самоуправлению ими психическими состояниями. Как же определяется понятие «психические состояния»? Какую роль они играют в достижении психического здоровья?

В литературе психические состояния определяются как отражение личностью ситуации в виде устойчивого целостного синдрома (совокупности) в динамике психической деятельности, выражающегося в единстве переживания и поведения в континууме времени (Прохоров, 1991). Психические состояния включают в себя субъективный опыт личности, способы его выражения и базируются на функциональном состоянии мозга. В определение «психические состояния» включаются положения о связи переживания и внешней деятельности, поведения, а также понятие «ситуация», как основной причины возникновения психического состояния.

Относительно места психических состояний в жизнедеятельности человека исследователями рассматривается многоуровневая система регуляции поведения и деятельности. Самым высоким уровнем является

социально-психологический. Он связан с регуляцией межличностных отношений. Второй уровень – личностный. Важным моментом здесь является регуляция поведения личности. На следующем уровне (психических процессов) интерес представляют особенности управления и регуляции деятельности. Четвертый уровень в иерархической системе регуляции жизнедеятельности связан с управлением и регуляцией психических состояний. Пятый – уровень регуляции функциональных состояний. Их динамической стороной являются проявления периферической нервной системы (соматический отдел, иннервирующий мышцы; вегетативный – иннервирующий внутренние органы).

Так как иерархическая система строится по принципу соподчинения, все уровни системы жизнедеятельности взаимосвязаны и изменение в любом из них ведет к изменению всей системы в целом. Отсюда Г. Ш. Габдреева (2004) в своем исследовании делает вывод «...осуществляя целенаправленную регуляцию процессов, происходящих на уровне психических состояний, можно оптимизировать состояние всей системы». Психические состояния приобретают функцию регулятора отношений, поведения, деятельности и даже функционирования всего организма.

Способами самоуправления психическим состоянием являются:

- достижение полной мышечной релаксации (мышечное расслабление способно ослабить и даже прекратить отрицательные эмоции вместе с изменениями в работе внутренних органов). Утрата навыка расслабления приводит к гипертонусу мышц со всеми последствиями;
- использование представлений, с которыми связаны положительные эмоциональные состояния;
- изменение направления мыслей (предполагает сосредоточение на максимально правильном выполнении задания, а не на результате);
- произвольное переключение внимания на раздражителе положительного эмоционального значения; фиксация взгляда на успокаивающих раздражителях спокойных тонов;
- музыкотерапия (оказывает воздействие на нервную, сердечно-сосудистую, дыхательную системы, повышает работоспособность, изменяет настроение);
- арт-терапия (воздействует на человека с помощью искусства и творчества, способствует развитию творческих навыков, позволяет обрести внутреннюю гармонию, улучшить координацию движений, формирует навыки саморегуляции). Конечный результат творческой деятельности приводит к появлению чувства удовлетворенности, повышает самооценку. Особое значение арт-терапия имеет при работе с «трудными» детьми и детьми, получившими психическую травму. Проигрывание конфликтной ситуации позволяет им определить причину проблемы, помогает избавиться от напряжения;

- трудовая терапия (труд является источником положительных эмоций, приносит моральное удовлетворение, укрепляет волю, воспитывает моральные качества, отвлекает от навязчивых мыслей). И. П. Павлов сравнивал безделье, скуку со сном с открытыми глазами;
- библиотерапия (этот метод был предложен В. М. Бехтеревым). В ходе чтения человек становится соучастником происходящих событий. По лицу человека, увлеченного чтением, можно безошибочно определить эмоциональное содержание текста (Г. Ш. Габдреева, 2004);
- самовнушение на фоне пониженного тонуса коры головного мозга (В. М. Бехтерев, И. П. Павлов). Имеется в виду воздействие на психическое состояние в процессе самовнушения (восприятие слова на фоне снижения тонуса коры головного мозга). В таком состоянии на веру принимается все, что внушается за счет резкого уменьшения критичности. Известно, что слово может вызвать эмоциональную реакцию. Известен целый ряд заболеваний, которые могут возникнуть под воздействием необдуманного слова врача (Г. Ш. Габдреева). Метод самоуправления активно используется в образовании с целью оптимизации учебного процесса, в целях профилактики и как средство психологической разгрузки педагогов и детей;
- имитационные игры (позволяют оказывать влияние на психические состояния через изменение структуры личности путем формирования определенных личностных черт). Решает эту задачу имажотерапия. Занимающимся предлагается «играть» роль такого человека, на которого им хотелось быть похожим. Движения, жесты, мимика, интонация являются проявлениями внутреннего состояния, и на них оказывает влияние наш внутренний мир. Перед тем, как приступить к занятиям, необходимо решить, какие новые привычки важно приобрести и от каких избавиться. Цель применения такого метода заключается в изменении поведения, которое соответствует требованиями условий обстановки. Имитационные игры заставляют педагогов подумать о своем служебном положении, позволяют эмоционально проникать в суть механизмов общения с коллегами, руководителем или учащимися, а детям – со сверстниками и учителем.

Л. В. Куликовым (2004) разработана модель регуляции настроения, в котором перечислены наиболее важные факторы, детерминирующие возникновение гармоничного настроения и способствующие сохранению социальной адаптированности. Он выделял социальную и личностную детерминацию. Социальная детерминация включает факторы, поддерживающие самооценку, адаптивные потенциалы и энергетические ресурсы организма и факторы, помогающие удовлетворять потребности

в общении. Личностная детерминация включает оптимистическое, активное отношение к жизни, уверенность, независимость в отношениях с другими людьми, согласованность между «Я-воспринимаемым» и «Я-желаемым».

Со стороны когнитивной сферы предполагается понимание жизненной ситуации, смысла жизни. Со стороны эмоциональной сферы выделены: эмоциональная устойчивость, доминирование стенических позитивных эмоций, переживание успешности саморегуляции. Коммуникативная сфера включает факторы, удовлетворяющие статус в группе и социуме, открытости общению и межличностной поддержке.

Таким образом, психическое здоровье – это интегральный продукт развития личности. Здоровье есть не только отсутствие психических заболеваний, но и выстраивание конструктивных отношений педагогов и детей в образовательном процессе, полноценная самореализация.

С развитием здоровой личности связывается выживание всего человечества. Именно психическое здоровье позволяет чувствовать человека полноценным членом общества. Необходимо помнить, что среди показателей психического здоровья особое значение придается степени ее гармоничности, интегрированности в социуме, консолидированности, уравновешенности, оптимистичности, нравственности, ориентации на саморазвитие, обогащению своей личности.

Знания о путях достижения психического здоровья, применение методов регуляции психического состояния, поведения способствуют созданию безопасной образовательной среды, оптимизации межличностных отношений в системе «учитель-ученик» и «ученик-сверстник». В завершении статьи приведем высказывание Э Фромма «Жизнь есть самое важное, самое трудное из всех практикуемых человечеством искусств, в котором человек и творец, и предмет своего искусства, и врач, и пациент».

Литература

1. Ветрова В. В. Уроки психологического здоровья. – М.: Педагогическое общество России, 2000.
2. Габдреева Г. Ш. Методы регуляции психического состояния / Психология состояний: сборник статей / под ред. А. О. Прохорова. – Казань, 2004.
3. Голизек, Э. Преодоление стресса за 60 секунд. – М., 1995.
4. Куликов Л. В. Модель регуляции настроения. – Психология состояний: сборник статей / под ред. А. О. Прохорова. – Казань, 2004.
5. Прохоров А. О. Психические состояния и их проявления в учебном процессе. – Казань, Изд-во Казанского университета, 1991.
6. Сазонтов А. Е. Проблема здоровья с позиций гуманистической психологии. – Вопросы психологии. – №3, 2003.
7. Спиваковская А. С. Профилактика детских неврозов. – М.: Изд-во МГУ, 1998.
8. Хьелл Л, Зиглер Д. Теории личности. – СПб.: Питер, 2007.
9. Kondo K. Burnout syndrome // Asian Medical Journal. 1991. – Vol. 34 (II).
10. Torrance, E. P. Torrance Tests of Creative Thinking. – Scholastic Testing Service, Inc., 1974.

ИЗ ОПЫТА ОРГАНИЗАЦИИ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У СТУДЕНТОВ (НА ПРИМЕРЕ ПЕДВУЗА)

З. У. Колокольникова

*Лесосибирский педагогический институт – филиал
Сибирского федерального университета*

Сохранение здоровья и формирование ценностного отношения к здоровому образу жизни у молодежи, как приоритетная задача сформулирована во многих документах, регламентирующих деятельность образовательных учреждений РФ (Закон РФ «Об образовании», «Концепция модернизации российского образования на период до 2010 года», Федеральная целевая программа развития образования на 2011-2015 гг. и др.). Здоровье подрастающего поколения важнейший показатель здоровья нации и общества. Роль вуза, как образовательного учреждения и социального института, в последнее время значительно возрастает, не только в связи с задачами формирования компетентного специалиста, но и необходимостью воспитывать здоровую личность с ценностным отношением к собственному здоровью.

Пропаганда здорового образа жизни, негативного отношения к наркотикам и другим вредным привычкам, проводимая СМИ, работниками образовательных учреждений, родителями, общественными организациями должна охватывать широкие массы. Статистические данные говорят о том, что около 60 % наркозависимых – студенты. Однако известно, что среди молодежи есть люди, наиболее и наименее подверженные риску наркотизации, в связи, с чем встает вопрос об организации планомерной дифференцированной воспитательной работы с разными группами молодежи по формированию ценностного отношения к собственному здоровью и жизни.

Среди студентов педагогического вуза (700 человек) было проведено анкетирование и изучение ценностей личности по методике Ш. Шварца. Все опрошенные были определены в две группы, по признаку лояльности и устойчивости к наркотизации. Одна группа была составлена из молодых людей, заведомо устойчивых к вовлечению в потребление наркотических средств, что определялось анамнестическими сведениями. Другая группа респондентов была отобрана из лиц, использовавших различные наркотические вещества на уровне эпизодического потребления.

Следующим этапом работы были обработка и анализ ответов на вопросы анкеты разных категорий респондентов. Было подтверждено, что для личностей из группы устойчивых к вовлечению в потребление наркотических веществ свойственна позитивная оценка семейных отношений, у них чаще встречается полная семья; ориентация на такие жизненные

цели, как образование, престижная работа; позитивная концепция своего «Я»; умение брать на себя ответственность; наличие друзей, отвергающих наркотики. Респонденты первой группы дали негативную оценку личностных особенностей наркомана, чаще всего они считают, что наркоманам присущи такие качества, как «депрессивность, слабоволие, подчиняемость, отсутствие жизненных целей». В группе лиц (98 %), устойчивых к наркогизации, преобладает страх нарушить закон, страх тяжелой болезни, что свидетельствует об отношении к здоровью как к базисной жизненной ценности.

В анкетах студентов второй группы выделены следующие факторы риска употребления наркотиков: эмоциональная разобщенность с родителями; неполная семья (в нашей выборке среди респондентов этой группы 50 % имеют семьи с одним родителем против 23 % опрошенных первой группы); завышенная самооценка, при этом молодые люди отмечали у себя такие качества как «уверенность в себе, общительность, активность»; наличие дружеских контактов со сверстниками, потребляющими наркотики, сочувственное отношение к потребителям наркотиков (60 %); высокая зависимость от группового влияния; низкая значимость здоровья в иерархии ценностей.

Респондентам обеих групп была предложена методика Ш. Шварца для изучения ценностной личности (Карандашев, 2004). Опросник Шварца представляет собой шкалу, предназначенную для измерения значимости 10 типов ценностей: *власть* (социальный статус, доминирование над людьми); *достижение* (личный успех в соответствии с социальными стандартами); *гедонизм* (наслаждение или чувственное удовольствие); *стимуляция* (стремление к волнениям и новизне); *самостоятельность* (самостоятельность мысли и действия); *универсализм* (понимание, терпимость и защита всех людей и природы); *доброта* (сохранение и повышение благополучия близких людей); *традиции* (уважение и ответственность за культурные и религиозные обычаи и идеи); *конформность* (сдерживание действий и побуждений, которые могут навредить другим и не соответствуют социальным ожиданиям); *безопасность* (безопасность и стабильность общества, отношений и самого себя).

Для каждой группы испытуемых в нашей выборке был выведен средний балл для каждого из 10 типов ценностей и установлено их ранговое положение.

В первой группе, благополучных в отношении потребления наркотиков, были получены следующие результаты: на уровне нормативных идеалов самый высокий ранг: *безопасность* – средний балл 5; на втором месте – *достижения* – средний балл 4,7. Самый низкий рейтинг у этой группы опрошиваемых получили такие ценности: *гедонизм* (стремление к наслаждению, удовольствию) – средний балл 2,9; *традиции* – средний балл 2,5.

Во второй группе, высшее ранговое место занимает *гедонизм* – средний балл 5; низший ранг у опрашиваемых группы риска получила такая ценность как *универсализм* – средний балл 2,2. Характерно, что и на уровне индивидуальных приоритетов во второй группе респондентов *гедонизм*, т. е. стремление к удовольствию, наслаждениям, так же получил 1 ранговое значение.

Проведение и анализ этих двух опросов позволили нам предположить, что у молодых людей группы риска наиболее различными по сравнению с группой благополучных и устойчивых в отношении к наркопотреблению респондентов являются следующие показатели: наличие друзей, потребляющих наркотики; интерес к наркотической теме; сочувственное и жалостливое отношение к наркозависимым; отнесение людей, потребляющих наркотики, к группе модных и успешных; невозможность противостоять мнению группы, неуверенность в своей способности отказаться от опасного поступка, противоречащего жизненным принципам; низкая значимость здоровья в иерархии ценностей; приоритет таких ценностей, как удовольствия (высокий балл по шкале «Гедонизм» опросника Шварца).

Встает вопрос: какое место в формировании ценностного отношения к здоровому образу жизни отводится при планировании воспитательной работы в вузе, и на какие ценности ориентируется работа по воспитанию студентов? Традиционно воспитательная работа в педвузе планируется и реализуется по следующим направлениям:

- учение и учебно-исследовательская деятельность;
- профессиональная направленность и трудовое воспитание;
- социальная активность;
- спортивно-оздоровительная работа;
- досуг и общение;
- клубная работа (по интересам, развитие специальных способностей, студенческой самодеятельности, театр и т. д.).

Анализируя планы воспитательной работы высшей школы можно увидеть, что во всех представленных направлениях работы присутствует ориентация на такие ценности как достижение, самостоятельность, традиции и универсализм. Безопасность, как основополагающая ценность здорового образа жизни представлена лишь в спортивно-оздоровительной работе. Воспитательная работа над формированием и корректировкой такой ценности как гедонизм, реализуется в таких направлениях воспитательной работы как организация досуга и общения, деятельность клубов по интересам. Соотношение наиболее востребованных традиционных форм воспитательной работы с основными направлениями воспитательной работы в педвузе представлено в таблице 1.

Традиционные направления и формы воспитательной работы в педвузе

Направления воспитательной работы	Формы воспитательной работы
учение и учебно-исследовательская деятельность	Конкурсы «Лучший студент», «Лучшая студенческая группа», игры «Брейн-ринг», «Большие лингвистические гонки», участие в студенческих научных конференциях и олимпиадах, предметные декады и недели (математики, физики, литературы, русского языка, психологии и т. д.), День отличника, Поэтический вечер, День российской науки, конкурс «Лучший читатель библиотеки, конкурс «Лучшее портфолио студента, группы»
профессиональная направленность и трудовое воспитание	Трудовой десант «Чистый город», «День учителя», День педагогики, «Здравствуй школа!», «Мисс Педагогика», «Педагогический квест», подготовка праздников для детей студентов и сотрудников вуза (праздники, посвященные началу учебного года, новогодние праздники, праздники, посвященные Дню защиты детей и др.), видеоклуб «Я – педагог!»
социальная активность	Школа волонтеров, тренинг «Лидер», Школа социального проектирования, общественная деятельность, участие в профсоюзной жизни, диспут-клуб «Полемика», клуб волонеров (профилактика ВИЧ (СПИДа), профориентация, профилактика СОП и др)
спортивно-оздоровительная работа	Туристический поход, осенний кросс, соревнования по волейболу, минифутболу, баскетболу, по ОФП, лыжным гонкам, женскому волейболу, спортивной аэробике, эстафета «Памяти Павших», эстафеты, посвященные Дню защитника Отечества, шахматно-шашечный турнир, встречи с врачами-наркологами и др., исследование психологического здоровья студентов, неделя профилактики зависимостей
досуг и общение	«Привет, первокурсник!», КВН, посещение выставочного зала и краеведческого музея, экскурсия в город-памятник Енисейск, фестиваль «Студенческая весна», Рождественские встречи, Новогодний праздник «Новый год по всей планете», «День Святого Валентина», концерт «Песни о главном», посвященный 8 марта, конкурс СТЭМов, Последний звонок, Выпускной бал и т. д.
клубная работа	«Из дальних странствий возвратясь», газета вуза, телестудия «Новости FM», сайт института, Школа КВН, группы личного роста, клубы по интересам (клуб общения «Радуга»), молодежный театр «ОКО», команда «Брейн-ринг», хип-хоп линия, рэп-направление и др

Наибольшее количество разнообразных, традиционных форм работы представлено в направлении «Общение и Досуг». Они в определенной мере направлены на работу с такими ценностями, как самостоятельность, гедонизм, стимуляция, универсализм, доброта, конформность. В тоже время анализ показал, что такие направления работы как формирование социальной активности и профессиональной направленности имеют наименьший спектр форм работы. А они ориентированы на утверждение таких ценностей как достижение, универсализм, самостоятельность, что не только актуально и востребовано в современном обществе, но и является показателем здоровья личности студента. Потенциальные представители «группы риска» обычно реализуются через досуговые

и клубные формы работы, поэтому руководители студенческих клубных форм работы должны быть готовы к работе с подобным контингентом и иметь специальные знания. У студентов «группы риска» порой не сформированы умения отказаться от предложений сверстников, говорить «нет» в ситуации выбора, они часто выступают в роли ведомых или имеют завышенную самооценку. Желательно выявлять студентов «группы риска» среди первокурсников и организовать психолого-педагогическое сопровождение адаптации этих студентов через тренинги общения, консультации, специально-организованную работу психологов. Кроме того, важно, на наш взгляд, организовать досуговую работу таким образом, чтобы этап подготовки и реализации праздников проходил под руководством педагога-куратора и был ориентирован не только на получение удовольствия, но и на решение задач общечеловеческого и профессионального характера. Например, интересен опыт подготовки праздников студентами для детей студентов и преподавателей или студентов младших курсов. Инициативная группа студентов под руководством педагога составляет сценарии праздника, готовит необходимый реквизит и проводит праздник. Студенты 3-5-х курсов организуют интеллектуальные конкурсы и праздники для первокурсников, реализуя все этапы подготовки, проведения и анализа воспитательного мероприятия. Участие в подобных формах воспитательной внеаудиторной работы позволяет студентам в неформальной обстановке приобретать опыт педагогической деятельности и обучиться тому, как можно сделать жизнь интересной и увлекательной, без привлечения стимулирующих средств.

Большое значение при формировании ценностного отношения к жизни и здоровью имеет вовлечение молодежи в занятия физкультурой и спортом. Эту задачу решают не только спортивные секции и соревнования, но и занятия в группах здоровья и клубе выходного дня, прогулки и походы, т. е. доступные и разовые формы спортивно-оздоровительной работы.

Необходимо отметить малую долю в общем объеме воспитательной работы таких форм воспитательной работы, как беседы и встречи с профессионалами (врачами, психотерапевтами, психологами), диспут-клубы, вечера вопросов и ответов, лектории «Школа здоровья», различные формы разъяснительной работы с молодежью, с целью формирования негативного отношения к вредным привычкам («Это касается всех», «Молодежь в современном мире», «Спасибо, не курю» и др.). Интересен опыт проведения недели профилактики зависимостей, как вузовской акции, в которой приняли участие студенты разных факультетов. Были реализованы такие формы работы как конкурсы плакатов и инсталляций, конкурс СТЭМов, встречи с профессионалами, защита социальных проектов и арт-моб. Появился опыт привлечения и клубных объединений, так например, телестудия «Новости FM» подготовила и транслировала во внутренней сети и на городских каналах ряд сюжетов и роликов

по профилактике зависимостей («Как бросить курить», «Курящие девушки», «Шопоголики» и др), клубы «Диалог» и «Полемика» провели диспут на тему: Курить: Стильно? Модно? Молодежно? Волонтеры провели акцию «Обменяй сигарету на конфету!». Видео клуб провел просмотр и обсуждение фильма о наркомании. Все вышесказанное говорит о том, что спектр нетрадиционных форм популяризации здорового образа жизни достаточно широк и вызывает интерес у студентов при условии активно-деятельностного и творческого подходов.

Предложенные формы работы со студентами приобретают особую актуальность в контексте доступности молодежи разнообразной информации, на этапе перехода к информационному типу общества. У студентов должна быть возможность обсуждать с преподавателями или другими референтными взрослыми любые интересующие их темы, научиться интерпретировать полученную информацию. Можно предположить, что использование возможностей учебного процесса, например при реализации проектных технологий на таких предметах как «Основы медицинских знаний», «Безопасность жизнедеятельности», «Социальная педагогика», «Социальная психология» и др позволила бы повысить результативность воспитательной работы по формированию у студентов ценностного отношения к жизни и здоровью.

Литература

1. Карандашев В. Н. Методика Шварца для изучения ценностей личности / В. Н. Карандашев. – СПб., 2004. – 69 с.
2. Коробкина З. В. Профилактика наркотической зависимости у детей и молодежи / З. В. Коробкина. – М., 2002. – 184 с.

МОНИТОРИНГ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ВУЗОВ

М. А. Лисняк, Н. А. Горбач, Д. М. Шерстяных

*Красноярский государственный аграрный университет
Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Сибирский юридический институт ФСКН России*

В пункте 5 статьи 12 Федерального закона Российской Федерации № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» указывается, что приоритет профилактики в сфере охраны здоровья обеспечивается путем осуществления мероприятий по сохранению жизни и здоровья граждан в процессе их обучения и трудовой деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации. Это предполагает тщательное изучение состояния здоровья и факторов на него влияющих в самых разнообразных профессиональных группах, в том числе и среди профессорско-преподавательского состава вузов. Здоровье

работников высшей школы относительно мало изучено, большинство авторов уделяет внимание соматической сфере, меньше работ, касающихся распространению психических аномалий у данного контингента. И практически отсутствуют исследования, посвященные психологическому здоровью преподавателей вузов.

Психологическое здоровье человека связано с особенностями личности, интегрирующий все аспекты внутреннего мира человека и способы его внешних проявлений в единое целое. Психологическое здоровье является важной составляющей социального самочувствия человека, с одной стороны, и его жизненных сил, с другой (Демина Л. Д., Ральникова И. А., 2000.). Вместе с тем проблема психологического здоровья отечественными исследователями разработана недостаточно полно, о чем свидетельствует отсутствие общепризнанного определения психологического здоровья.

Так, одни авторы понимают под психологическим здоровьем «динамическую совокупность психических свойств индивида, обеспечивающих гармонию между потребностями индивида и общества, являющихся предпосылкой ориентации личности на выполнение своей жизненной задачи» (цит по Колесниковой Г. И., 2005)

Другие авторы считают, что «психологическое здоровье – состояние субъективного, внутреннего благополучия личности, обеспечивающее оптимальный выбор действий, поступков и поведения в ситуациях ее взаимодействия с окружающими объективными условиями, другими людьми и позволяющее ей свободно актуализировать свои индивидуальные и возрастно-психологические возможности (Пахальян В. Э., 2003).

Третьи полагают, что психологическое здоровье – сложная многоуровневая функциональная система, обеспечивающая духовное благополучие личности, высшие проявления человеческой психики, компоненты которой определяются взаимосвязанными и взаимозависимыми психологическими феноменами: «субъектность», «рефлексия», «интенциональность», «самоценность». Отмеченные системные свойства личности образуют структуру ее психологического здоровья (Демина Л. Д., 2009).

Нет единого подхода в формулировке критериев психологического здоровья. В педагогической среде распространена модель психологически здорового человека А. Маслоу (цит. по Хухлаевой О. В., 2008 с. 10-11). Согласно этой модели выделяются следующие характеристики:

Умение принимать себя, других, природу. Такие люди принимают себя такими, какие они есть, осознавая собственную ценность и уникальность. Они не сверхкритичны к своим недостаткам, не отягощены чрезмерным чувством вины, стыда, тревоги. Они принимают свою физиологическую природу, ощущая радость от еды, сна, сексуальной жизни. В людях умеют видеть достоинства и прощать им недостатки, поэтому могут терпимо относиться к слабостям других.

Непосредственность, простота, естественность. Они не стремятся произвести впечатление. Позволяют себе быть собой и открыто выражают свое мнение, общаясь с людьми различных социальных слоев и статусов. Они не прячутся за социальную роль, разрешают себе выходить из нее. Не имеют запретов на проявление чувств, то есть умеют открыто заявлять о своем гневе, обиде, страхе, не ущемляя при этом интересы других людей.

Свежесть восприятия. Это умение видеть новое и прекрасное в обычных событиях жизни (прогулка по лесу, общение с людьми). Поэтому жизнь представляется таким людям радостной и интересной.

Глубокие межличностные отношения. Они умеют устанавливать близкие взаимоотношения с родными и друзьями. Легко общаются с детьми.

Наличие чувства юмора. Предпочитают философский доброжелательный юмор. Любят посмеяться. Часто улыбаются.

Креативность. Такие люди умеют подходить к жизни творчески. Имеется в виду творчество в широком смысле этого слова.

Самодостаточность. Это возможность полагаться на свой собственный потенциал и не зависеть от оценок окружающих, что проявляется в отсутствии обязательного стремления к высокому статусу, престижу, популярности.

Центрированность на проблеме. Это наличие приверженности какой-то задаче, долгу, призванию или любимой работе. Имеется в виду, что такие люди центрированы не на себе, а на проблеме, которую они считают своей жизненной миссией».

Несколько иные критерии психологического здоровья обобщил Г. С. Ушаков (цит. по Деминой Л. Д., 2009): детерминированность психических явлений, их необходимость, причинность, упорядоченность; соответствующая возрасту индивида зрелость чувства постоянства (константности) места обитания; максимальное приближение формирующихся субъективных образов к отражаемым объектам действительности; гармония между отражением обстоятельств действительности и отношением индивидуума к ней; адекватность реакций на окружающие физические, биологические и психические влияния и адекватную идентификацию образов впечатлений с образами однотипных памятных представлений; соответствие реакций силе и частоте внешних раздражений; чувство положения в среде себе подобных, гармонии взаимоотношений с ними; умение уживаться с иными лицами и самими собою; критический подход к обстоятельствам жизни; способность самокоррекции поведения в соответствии с нормами, типичными для разных коллективов; чувство ответственности за потомство и близких членов семьи; постоянство и идентичность переживаний в однотипных обстоятельствах; умение изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций;

самоутверждение в коллективе без ущерба для остальных его членов; способность планировать и осуществлять свои замыслы.

Л. Д. Демина (2009) указывает, что еще одним критерием психологического здоровья среди многочисленных признаков его выраженности является феномен психического равновесия. Он включает гармонию взаимодействия различных сфер личности – эмоциональной, волевой, познавательной. Ее нарушения приводят к личностной деградации, деструкции, социальной и персональной дезадаптации. Именно критерий психического равновесия связан и с целостным развитием личности, ее адаптивными возможностями и свойствами, их адекватностью реакций на внешние воздействия.

Изучение психологического здоровья профессорско-преподавательского состава вузов имеет большое практическое значение. Во-первых, по мнению О. В. Хухлаевой (2008) нарушения психологического здоровья у педагога будут обязательно проецироваться на обучаемых, так как основной формой педагогической деятельности является взаимодействие между учителем и учеником. Преподаватель организует педагогическое общение, в котором, как считает В. М. Кузина (1999), «учитель играет возложенную на него обществом роль передатчика определенных культурно заданных образцов социального поведения». Даже незначительные психологические проблемы у преподавателя могут отразиться на воспитательной составляющей педагогического процесса, а в некоторых случаях и на информационно-содержательной части. С этим утверждением соглашается М. И. Плугина (2009), ссылаясь на ряд авторитетных ученых, пишет «как показывают научные исследования и практика, не всегда возникающие трудности и проблемы у преподавателей высшей школы связаны непосредственно с профессиональными знаниями, умениями, навыками. Очень часто источник этих барьеров находятся в сфере личностных образований: эмоциональные состояния; недостаток волевой регуляции; возрастные кризисы и последствия, связанные с этим; отсутствие четкой жизненной перспективы; плохое здоровье; низкий уровень социально-психологической компетентности; неадекватная самооценка; неумение управлять своими психическими состояниями и преодолевать психологические барьеры и пр. ».

Во-вторых, нарушения психологического здоровья приведут к нарушениям здоровья соматического, что чревато снижением общей и профессиональной трудоспособности. Напряжение, связанное с интеллектуальными и эмоциональными нагрузками приводит к развитию эмоционального стресса, который в свою очередь создает благоприятную почву для дальнейших патологических изменений. Речь идет о психосоматических расстройствах, таких как бронхиальная астма, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, язвенный колит, нейродермит, неспецифический хронический полиартрит. В общем

виде механизм возникновения психосоматических болезней может быть представлен следующим образом: психический стрессовый фактор вызывает аффективное напряжение, активизирующее нейроэндокринную и вегетативную нервную систему с последующими изменениями в сосудистой системе и во внутренних органах. Первоначально эти изменения носят функциональный характер, однако при продолжительном и частом повторении они могут стать органическими, необратимыми (Петровский А. В., Ярошевский М. Г., 1998). В развитии психосоматических расстройств кроме внешних психогенных факторов огромное значение имеют и личностные особенности индивида.

В частности способствовать формированию психосоматических расстройств могут и профессиональные деформации личности. С. П. Безносков пишет, что в профессиях типа «человек – человек» между субъектом и объектом возникает определённый барьер, обусловленный различиями психологического характера. Для здорового существования педагога, его самосознания, отмечает С. П. Безносков, необходимо развитие обратного механизма – деидентификации, то есть способности к разотождествлению, включающей развитые умения входа в роль и выхода из роли другого. Если же обратный механизм работает плохо, приходится констатировать неспособность учителя выйти из своей профессиональной роли и перенос навыков из одной рабочей ситуации в другую. Это может быть как причиной, так и проявлением профессиональной деформации специалиста.

Т. В. Степкина (2007), анализируя влияние профессиональной деформации на психологические особенности самопонимания преподавателей вуза, установила, что для преподавателей вуза характерны следующие ее виды: деформация на уровне частных компонентов самопонимания (профессиональное равнодушие, формальное отношение к выполнению функциональных обязанностей, затруднения с интерпретацией внешнего мира, конформность, самообесценивание себя как специалиста); деформация на уровне структуры самопонимания (ригидность личности, шаблонность мышления и действия, перенос большой доли профессиональных действий, стереотипов и установок на поведение вне работы, принятие роли «учителя»). В итоге все вышеперечисленные признаки вполне логично укладываются в рамки синдрома эмоционального выгорания, многократно описанного различными авторами (Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова, 2005; П. Мучински, 2004; В. Е. Орел, 2001 и др).

Авторские исследования (на примере ведомственного вуза) показали, что значительная часть сотрудников испытывает постоянное эмоциональное напряжение, причем у преподавателей оно наблюдается значительно чаще, чем у лиц, не занятых в учебном процессе (соответственно $47,6 \pm 3,4$ % и $35,3 \pm 3,6$ %, $p < 0,05$). Сформированный синдром эмоционального выгорания был выявлен значительно чаще

у профессорско-преподавательского состава ($10,5 \pm 2,5$ %), чем у сотрудников, не задействованные в учебном процессе ($3,5 \pm 1,5$ %), $p < 0,05$. При этом, сформированная фаза «напряжение» была установлена только в группе преподавателей ($1,2 \pm 0,9$ % респондентов), и представлена в основном симптомами «переживания психотравмирующих обстоятельств» и «тревога и депрессия».

Заметные различия обнаружены в сформированной стадии «резистенция», которая была выявлена у преподавателей практически в три раза чаще ($9,3 \pm 2,4$ %), чем у сотрудников, не задействованных в учебном процессе ($3,5 \pm 1,5$ %), $p < 0,05$. В обеих группах преобладают симптомы «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование» и «редукция профессиональных обязанностей». У респондентов из группы преподавателей присутствует симптом «расширение сферы экономии эмоций», который не наблюдается в контрольной группе. Этот симптом эмоционального выгорания имеет место тогда, когда данная форма защиты осуществляется вне профессиональной области – в общении с близкими, родными, знакомыми. Происходит своеобразное «отравление общением». Именно то, что раньше ценилось человеком при выборе профессии, становится психотравмирующим фактором и нарушает социальные отношения.

Сформированная фаза «истощение» присутствует также только у респондентов-преподавателей ($1,2 \pm 0,9$ %), представлена в основном симптомами «эмоциональный дефицит» и «эмоциональная отстраненность», что можно считать своеобразной патологической защитой от прогрессирующего эмоционального выгорания.

Сравнительный анализ синдрома эмоционального выгорания для стадии формирования показал, что и на данной стадии синдром выявляется чаще у преподавателей вуза ($31,4 \pm 3,9$ %), чем у сотрудников, не задействованных в учебном процессе ($20,8 \pm 3,4$ %), $p < 0,05$. При этом выявлено разное соотношение формирующихся фаз. Так фаза «напряжение» выявлена у $12,4 \pm 2,7$ % преподавателей и $3,5 \pm 1,5$ % сотрудников, непосредственно не участвующих в педагогическом процессе ($p < 0,05$); фаза «резистенция» соответственно: $13,1 \pm 2,8$ % и $17,3 \pm 3,1$ % ($p > 0,05$); а фаза «истощения» выявлена только у профессорско-преподавательского состава ($5,9 \pm 1,9$ %).

Кроме эмоционального выгорания нарушения психологического здоровья могут приводить к развитию ряда пограничных психических расстройств (по МКБ-10 данные заболевания шифруются в рубриках F40-F48 Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства и F60-F69 Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте). Пограничные психические расстройства имеют высокую латентность, особенно в начальном периоде. И эта латентность двусторонняя: психическая патология скрыта как от окружающих, так и от самого

человека. Заболевший испытывает страдание, снижается его качество жизни, однако он не считает возникшее состояние болезненным и обращается за помощью к специалистам. Отчасти это связано с определенными страхами перед психиатрической службой, боязнью огласки диагноза. Особенно актуальны подобные переживания у преподавателей, так как распространено ошибочное мнение, что наличие любого психиатрического диагноза приведет к немедленному увольнению с работы.

Таким образом, мониторинг психологического здоровья профессорско-преподавательского состава вузов чрезвычайно актуален. Пахальян В. Э. (2003) предлагал создать государственную программу психопрофилактики в образовании, в рамках которой разработать «динамическую карту образовательной среды», а качестве подсистемы «карту состояния психологического здоровья субъектов образовательных сред». По мнению вышеуказанного автора, наличие такой карты принципиально изменит ситуацию принятия управленческих и профессиональных решений в образовании и в его проектировании.

Технически осуществлять мониторинг психологического здоровья преподавателей возможно с помощью вузовских психологических центров, которые уже функционируют в ряде учебных заведений города Красноярска. Так, в КрасГМУ уже несколько лет работает психологический центр. Согласно информации на официальном сайте КрасГМУ, деятельность психологического центра ориентирована на повышение уровня психологической компетентности всех участников образовательного процесса, профилактику зависимостей, восстановление психоэмоционального баланса и сохранение психологического благополучия. Аналогичный центр создан и несколько лет функционирует в СибГТУ. В СибЮИ ФСКН России в структуре вуза развернуто целое подразделение психологического сопровождения учебного процесса. В этом же вузе (ранее назывался – СибЮИ МВД России) была создана автоматизированная информационная система: «ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОБУЧАЕМЫХ И СПЕЦИАЛИСТОВ (АИС «PSYCHO») (Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ, 2011), авторы разработчики Н. А. Горбач, Д. М. Шерстяных).

Предварительно разработчики изучили нормативно-правовую базу профессионально-психологического обеспечения обучаемых и преподавателей вуза, методики, программные средства, применяемые в целях профессионально-психологического отбора и сопровождения обучаемых и специалистов, проведена экспертная оценка существующей системы профотбора в системе МВД России, разработана карта экспертной оценки для определения основных параметров, подлежащих учету при профессионально-психологическом отборе и сопровождении обучаемых и специалистов, методик, используемых в этих целях, и на основе полученных данных создана автоматизированная информационная система

«Профессионально-психологическое обеспечение обучаемых и специалистов». Для психологов подготовлены практическое пособие (руководство пользователя) и методические рекомендации.

Функциональные возможности АИС «Профессионально-психологическое обеспечение обучаемых и специалистов»: ведение базы данных с результатами психологических и психофизиологических тестов кандидатов на службу, а также действующих сотрудников; подготовка печатных форм документов по результатам тестов; ведение журналов психологического сопровождения сотрудников; подготовка статистических отчетных документов; организация многокритериального поиска в базе данных информационной системы. Подсистема анализа позволяет осуществлять комплексный анализ результатов психологических и психофизиологических тестов преподавателей, абитуриентов и обучаемых за весь период обучения, включая такие параметры как: профессиональная направленность, ответственность, уровень адаптационного потенциала и его компонентов, индивидуально-типологические особенности, особенности мышления и другие профессионально-значимые качества. Безусловно, данная система ориентирована в первую очередь на запросы и потребности образовательных учреждений в системе правоохранительных органов. Однако, при определенной модификации возможно применение АИС «Профессионально-психологическое обеспечение обучаемых и специалистов» в других вузах и учреждениях, в том числе для мониторинга психологического здоровья основных участников образовательного процесса в вузах.

Литература

1. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» <http://www.rg.ru/2011/11/23/zdorovie-dok.html> (дата обращения 03.11.2012).
2. http://www.krasgmu.ru/common.php?page_dept&id=2182&cat=main (дата обращения 04.11.2012).
3. Безносос С. П. Профессиональная деформация личности / С. П. Безносос. – СПб., Речь, 2004. – 272 с.
4. Водопьянова, Н. Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова. – СПб., 2005. – 336 с.
5. Демина Л. Д., Ральникова И. А. Психическое здоровье и защитные механизмы личности http://society.polbu.ru/demina_psychehealth/ch05_ii.html (дата обращения 05.08.2012).
6. Колесникова Г. И. Основы психопрофилактики и психокоррекции / Г. И. Колесникова. – Ростов н/Д: «Феникс», 2005. – 185 с.
7. Кузина, В. М. К вопросу о профессиональной деформации личности учителя / В. М. Кузина // Журнал прикладной психологии. – 1999. – №2. – С. 67-81.
8. Менделевич В. Д. Неврология и психосоматическая медицина / В. Д. Менделевич, С. Л. Соловьева. – М., 2002. – 334 с.
9. МКБ 10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра / <http://mkb-10.com/index.php?pid=4001> (дата обращения 04.11.2012).

10. Мучински П. Психология, профессия, карьера. – СПб., 2004. – 539 с.
11. Орел В. Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования. / В. Е. Орел // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2001. – № 3. – <http://psyjournal.ru/j3p/pap.php?id=20010311> (дата обращения 09.02.2011).
12. Пахальян В. Э. Психопрофилактика в практической психологии образования: Учебное пособие/ В. Э. Пахальян. – М.: ПЕР СЭ, 2003. – 208 с.
13. Плугина М. И. Акмеологический анализ противоречий профессионального становления преподавателей высшей школы/ М. И. Плугина // Сб. научн. тр. Сев-КавГТУ. Серия «Гуманитарные науки». – 2009. – № 7. <http://www.ncstu.ru> (дата обращения 23.11.2011).
14. Психология личностных проявлений в процессе жизнеосуществления человека: монография / под ред. Л. Д. Деминой, И. А. Ральниковой, Д. В. Труевцева. – Барнаул: Из-во Алт. ун-та, 2009. – 359 с.
15. Психология профессионального здоровья. Учебное пособие / Под ред. проф. Г. С. Никифорова. – СПб, 2006. – 480 с.
16. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ от 24.02.2011 г. № 2011611753; заявка от 29. 12. 2010 г. № 2010618419. – Роспатент, 2011.
17. Семенова Е. А. Профилактика профессионального выгорания педагогов (из опыта работы методического кабинета Пошехонского муниципального округа). http://www/iro.yar.ru/conferences/metod_modern/method2002.html (дата обращения 09.02.2011).
18. Степкина Т. В. Влияние профессиональной деформации на психологические особенности самопонимания преподавателей вуза / Т. В. Степкина: автореф. дисс... кандидата психологических наук: 19. 00. 13. Астрахань, 2007. – 20 с.
19. Хухлаева О. В. Школьная психологическая служба. Работа с педагогами. – М.: Генезис, 2008. – 192 с.

**ПСИХОЛОГО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
СОПРОВОЖДЕНИЕ ГОТОВНОСТИ
К ОСУЩЕСТВЛЕНИЮ ВЫБОРА СТУДЕНТОВ
СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО»
КАК ПОКАЗАТЕЛЬ СОХРАНЕНИЯ
ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ**

И. О. Логинова, С. А. Никипелова, Е. И. Чернова

*ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ
ГБОУ ВПО «Нижегородский государственный университет
им. Н. И. Лобачевского»*

*ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ*

Актуальность психолого-образовательного сопровождения процесса профессиональной подготовки студентов медицинских вузов определяется динамично проявляющимися сегодня в России тенденциями смены парадигмы «поддерживающего», «просветительского» образования

парадигмой, важнейшей составляющей которой становится идея «образования в течении жизни» или непрерывного образования со всеми присущими ему атрибутами – открытостью, преемственностью, ориентацией на компетентностный подход. Образовательные стандарты перестают регламентировать учебную деятельность и начинают упорядочивать деятельность образовательную (Красноярцева, 2010). От учреждений профессионального образования требуется теперь не просто «готовить будущих специалистов», но способствовать формированию человека, обладающего такими качествами как инициативность, самостоятельность, ответственность, способность осуществлять выбор.

Психолого-образовательное сопровождение представляет собой сложную технологию, и может быть рассмотрено как создание специальных условий для психологической готовности выпускника к профессиональной деятельности, дальнейшей реализации потенциальных способностей, умений, навыков (Нургатина, 2009). Психолого-образовательное сопровождение – это процесс профессиональной подготовки как составляющий открытой образовательной системы, которая предполагает становление «открытого человека» в мир культуры и способного изменять траекторию личностного развития (Красноярцева, 2010). Считается, что результатом психолого-образовательного сопровождения являются не столько усваиваемые знания, сколько происходящие при этом изменения в человеке.

Получение специальности – это во много процесс становления готовности и способности осуществлять личностный выбор. Психологическая готовность к осуществлению личностного выбора рассматривается нами как активность, необходимая для обеспечения предстоящей деятельности, реализации личностного выбора. Ситуация личностного выбора включает в себя множество элементов неопределенности, которые касаются, прежде всего, исходов выбора и обусловлены тем, что у субъекта отсутствуют готовые варианты действий по преобразованию этой ситуации в реальность. Увеличение интенсивности потока информации и объективное сокращение сроков, которые отводятся на осуществление выбора, определяют необходимость выработки индивидуальной стратегии, направленной на разрешение неопределенной ситуации, что предъявляет особые требования к личностным ресурсам.

В рамках этого особый интерес представляет исследование того, как психолого-образовательное сопровождение способствует готовности студентов специальности «Лечебное дело» осуществлять личностные выборы.

В исследовании приняли участие студенты 3 курса специальности «Лечебное дело» ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого в количестве 50 человек. Исследование проводилось в три этапа:

- 1) Констатирующий этап (на данном этапе проводилась диагностические процедуры по определению готовности к осуществлению выбора по следующим методам и методикам:

1. Самоактуализационный тест Л. Я. Гозмана, М. В. Кроза, М. В. Латинской;
 2. Томский опросник ригидности Г. В. Залевского;
 3. 16 факторный опросник Р. Кеттелла;
 4. тест жизнестойкости Мадди в адаптации Д. А. Леонтьева;
- 2) Экспериментальный этап, в ходе которого был использован рефлексивный семинар как форма психолого–образовательного сопровождения готовности студентов к осуществлению выбора. Задачи рефлексивного семинара:
- выявление изменений, происходящих со студентами в процессе сопровождения;
 - рефлексия готовности и способности к реализации выбора, отслеживание особенностей готовности к осуществлению выбора у участников сопровождения.

Возможность использования рефлексивного семинара со студентами с ситуативной готовностью к осуществлению выбора позволяет направить студентов на процесс осмысления ситуаций, связанных с выбором человека путем решения задач «на смысл», «на ценность».

- 3) Заключительный этап: проводилась оценка эффективности программы психолого-образовательного сопровождения готовности студентов к осуществлению выбора с помощью применения метода факторного анализа (методом главных компонент при повороте Varimax Raw «Варимакс исходных»)

Согласно результатам проведенного исследования, психодиагностические процедуры на констатирующем этапе позволили определить три группы студентов с готовностью к осуществлению выбора:

Студенты с несформированной готовностью к осуществлению выбора (46 % от общей выборки испытуемых) в большей степени характеризуются незначительными результатами по тестам САТ (по основным базовым шкалам опросника: «поддержки», «компетентность во времени», а также дополнительным шкалам – «природа человека», «синергия», «познавательные способности»), Жизнестойкости (С. Мадди), 16-факторного личностного опросника Кеттелла (в большей степени незначительные результаты по факторам В, фактор G, фактор О, фактор Q1). Зафиксированы высокие показатели по тесту TOP.

Студенты с ситуативной готовностью к осуществлению выбора (42 % от общей выборки испытуемых) характеризуются проявлением умеренных (средних) результатов по тестам САТ (по основным базовым шкалам опросника: «поддержки», «компетентность во времени»), Жизнестойкости (С. Мадди), 16–факторного личностного опросника Кеттелла, снижены показатели по результатам теста TOP.

Студенты со сформированной готовностью к осуществлению выбора (12 % от общей выборки испытуемых) характеризуются наиболее

высокими результатами свидетельствующими о наличии самоактуализационного потенциала (тест САТ, шкалы: «компетентность во времени», «шкала поддержки», «ценностные ориентации», «гибкость поведения», «сензитивность», «спонтанность», «самопринятие»), наличие высокого уровня общей жизнестойкости, 16-факторного личностного опросника Кеттелла (по факторам В, фактор Е, фактор G, фактор О), сниженные показатели по результатам теста TOP.

В ходе экспериментального этапа реализовывалась программа психолого-образовательного сопровождения в форме рефлексивного семинара со студентами с ситуативной готовностью к осуществлению выбора. Данная форма работы позволила студентам отследить личностные изменения, происходившие с ними в ходе рефлексивной оценки разных аспектов ситуации личностного выбора. Форма работы со студентами этой группы применялась для оценки ситуации выбора и возможности выхода студентов на уровень сформированной готовности к ситуации выбора.

Экспериментальный материал, полученный нами до и после рефлексивного семинара был подвергнут методу факторного анализа (метод главных компонент при повороте Varimax Raw). Нами были получены следующие результаты.

Факторизация первичных данных

Фактор 1, дисперсия которого 17,95 %, является доминирующим для студентов с ситуативной готовностью к осуществлению выбора до применения программы психолого-образовательного сопровождения. Первый фактор, именуемый нами как фактор «креативность», объединяет в себе следующие характеристики: «креативность» (0,87), «компетентность во времени» (-0,81), «шкала поддержки» (0,82), «самоуважение» (-0,74), синергия (0,73). Полученные результаты свидетельствуют о том, что в большей степени присутствует мотивационная составляющая готовности к осуществлению выбора.

Второй фактор, именуемый нами как «принятие моральных норм», имеет меньшую дисперсию (11,91 %) и представлен характеристиками: фактор G «высокая нормативность» (0,81), фактор N (дипломатичность) (0,75), фактор Q4 (внутренняя напряженность – внутренняя расслабленность) (0,80). Полученные результаты свидетельствуют о наличии познавательного компонента готовности к реализации выбора.

Третий фактор, имеющий дисперсию 9,67 %, объединяет характеристики фактора С (0,84), фактора Е (-0,79). Показатели полученной факторизации свидетельствуют о разнонаправленности тенденций.

Четвертый фактор имеет дисперсию 8,26 %. Фактор, именуемый нами как «жизнестойкость» (0,87), «вовлеченность» (0,85), «контроль» (0,83), определяет психологическую готовность испытуемых справляться со стрессовыми ситуациями.

Пятый фактор, имеющий дисперсию 7,42 %, включает в себя характеристики: фактор L (0,86) «смелость», «предприимчивость», «склонность к риску», фактор O (0,76) – «тревожность». В данном случае наблюдается наличие двух разнонаправленных тенденций: с одной стороны, активность и решительность, с другой, – тревожность.

Шестой фактор, имеющий дисперсию 6,51 % и условно обозначенный как «ригидность», включает в себя такие характеристики: «актуальная ригидность» (-0,78), «симптомокомплекс ригидности» (-0,72). Результаты свидетельствуют о том, что показатели ригидного поведения в большей степени могут быть препятствием в реализации более эффективного выбора.

Седьмой фактор, имеющий дисперсию 6,45 %, включает в себя характеристики «контактности» (0,93). Результаты факторизации свидетельствуют о том, что в большей степени испытуемые реализуют потребность в установлении контактов.

Восьмой фактор, имеющий дисперсию 6,39 % и условно обозначенный как «вовлеченность», включает в себя следующие характеристики: фактор H (0,83), фактор Q1 (0,77), фактор Q2 (-0,77) – склонность к свободомыслию, аналитичности, независимость от мнения группы, самостоятельность в принятии решений.

Факторизация результатов повторного исследования

Согласно результатам проведенного исследования полученные данные по фактору 1, дисперсия которого 17,94 %, является доминирующим фактором для студентов с ситуативной готовностью к осуществлению выбора после применения программы психолого-образовательного сопровождения. Первый фактор, именуемый нами как фактор «креативность», объединяет в себе следующие характеристики: «креативность» (0,87), «компетентность во времени» (0,85), «самоуважение» (-0,85), синергия (0,73). Полученные результаты свидетельствуют о том, что в большей степени присутствует мотивационная составляющая готовности к осуществлению выбора.

Второй фактор, именуемый нами как «Самоконтроль», имеет меньшую дисперсию (11,90 %) и представлен характеристиками: фактор G (высокая нормативность) (0,81), фактор N (дипломатичность) (0,73), фактор Q4 (внутренняя напряженность – внутренняя расслабленность) (0,80). Полученные результаты свидетельствуют о наличии познавательного компонента готовности к реализации выбора.

Третий фактор, имеющий дисперсию 9,66 %, объединяет характеристики: фактор G (высокая нормативность) (0,84), фактор E (доминантность) (0,79). Показатели полученной факторизации свидетельствуют о проявлении в большей степени волевой составляющей готовности к осуществлению выбора.

Четвертый фактор имеет дисперсию (8,26 %) . Фактор, именуемый нами как «жизнестойкость» (0,87), «вовлеченность» (0,85), «контроль» (0,83), определяет психологическую готовность испытуемых справляться со стрессовыми ситуациями. В ходе факторизации до и после проведения рефлексивного семинара значимых изменений не зафиксировано.

Пятый фактор, имеющий дисперсию (7,42 %), включает в себя характеристики: фактор Н (-0,86) – «смелость», «предприимчивость», «склонность к риску», фактор М – «мечтательность» (0,75). Результаты исследования свидетельствуют о разнонаправленности тенденций.

Шестой фактор, имеющий дисперсию (6,51 %), условно обозначенный как «ригидность» включает в себя характеристики «актуальная ригидность» (-0,78), «симптомокомплекс ригидности» (-0,72). Результаты подтверждают, что показатели ригидного поведения в большей степени могут быть препятствием в реализации более эффективного выбора.

Седьмой фактор, имеющий дисперсию (5,64 %), включает в себя характеристики «контактность» (0,93), «креативность» (-0,77). Результаты факторизации свидетельствуют о том, что в большей степени может преобладать мотивационный компонент готовности к реализации выбора.

Восьмой фактор, имеющий дисперсию (5,11 %), условно обозначенный как «экспрессивность» (фактор F), включает в себя следующие характеристики: «экспрессивность» – фактор F (0,83), фактор Q3 (-0,73) – «склонность к свободомыслию, аналитичности, независимость от мнения группы, самостоятельность в принятии решений».

Подводя итог вышесказанному, мы констатируем, что общий уровень дисперсии до и после проведения рефлексивного семинара остается без значительных изменений с 72,5 % до 72,54 %.

Факторная структура личностных характеристик студентов специальности «Лечебное дело» после проведения рефлексивного семинара изменилась следующим образом: добавились фактор «доминантность», фактор «экспрессивность». Изменения в личностных показателях затронули сферы, связанные со способностью реализовать в поведении повышенный эмоциональный фон, а также преобладанием характеристик доминирования в поведении.

Таким образом, изменения, произошедшие со студентами с ситуативной готовностью к осуществлению выбора в ходе применения программы психолого-образовательного сопровождения, свидетельствуют о том, что рефлексивный семинар как форма психолого-образовательного сопровождения является «пусковым механизмом» в изменении готовности к осуществлению выбора: от ситуативной готовности к осуществлению выбора к сформированной готовности к осуществлению выбора. Готовность и способность к осуществлению выбора является показателем сформированности личностной зрелости человека и как следствие показателем психического здоровья человека.

Литература

1. Краснорядцева О. М. Сетевой проект психолого-образовательного сопровождения вхождения молодежи в инновационную деятельность: условие становления инновационного сообщества в образовании // Психология обучения. – 2010. -№12.
2. Краснорядцева О. М. Опыт разработки реализации психолого-образовательного сопровождения процесса подготовки высококвалифицированных кадров//Психология обучения. - 2009. – №5.
3. Нургатина О. Н. Психолого-педагогическое сопровождение подготовки менеджера в вузе: Автореферат на соискание степени кандидата педагогических наук. - Казань, 2009. - 24с.
4. Сидоренко Е. В. Методы математической статистики. - СПб, 2003.

СОЗДАНИЕ УСЛОВИЙ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ВОСПИТАННИКОВ ДОМА РЕБЕНКА

Г. В. Сенченко, Н. Н. Вишнякова

*ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ*

Основной целью работы Дома ребенка является адаптация и реабилитация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, с отклонениями в развитии на основе создания благоприятных условий для оптимального физического, психического развития и эмоционального благополучия каждого ребенка, повышение его познавательной активности, функциональных и адаптационных возможностей, коррекции отклонений в развитии, профилактики вторичных нарушений.

Содержание и структура психолого-педагогической поддержки и реабилитации во многом зависят от диагноза, структуры дефекта, этиологии, компенсаторных возможностей ребенка, «зоны его актуального и ближайшего развития», личностно-ориентированного подхода.

Ведущими концепциями психолого-педагогической реабилитации детей-сирот в Доме ребенка являются:

- 1) личностно-ориентированное взаимодействие специалистов – медицинских и педагогических работников;
- 2) индивидуализация коррекционно-развивающей деятельности;
- 3) учет компенсаторных и потенциальных возможностей ребенка;
- 4) интеграция методов коррекционно-развивающего обучения.

Модель психолого-педагогической коррекционно-развивающей деятельности представляет собой целостную систему, в основу которой положен полимодальный подход. Под полимодальным подходом мы понимаем комплексное воздействие на сенсорные системы ребенка, воспитывающегося в Доме ребенка, с учетом структуры и проявлений дефектов развития, вызванных комплексным воздействием биологических и социальных факторов.

Организация коррекционно-развивающей образовательной среды начинается с создания комфортной обстановки, стимулирующей познавательное и речевое развитие ребенка. Реализация данных направлений работы обеспечивается гибким применением традиционных и нетрадиционных форм воздействия. Среди которых стоит выделить кукло- и сказкотерапию, кинезо-терапию (лечение движением), артикуляционную, пальчиковую и дыхательную гимнастики, точечный и сегментарный массаж, релаксацию, физио-, аромо-, музыкотерапию, логопедическую ритмику и арттерапию.

Занятия с детьми проводятся как в игровых комнатах, так и в специально оборудованных кабинетах. Помещение игровых комнат зонировано: мягкая зона, игровая зона, уголки уединения, уголки ряжения, зона индивидуальных и групповых занятий. Для реализации индивидуального подхода в каждой возрастной группе подбирается необходимый стимульный дидактический, игровой, наглядно-иллюстрационный материал. Все это позволяет детям в течение дня под руководством специалистов разного профиля закреплять приобретенные навыки, отрабатывать умения и внедрять их в повседневную жизнь, что в свою очередь способствует социализации ребенка в обществе.

На логоритмических занятиях совершенствуются общая и мелкая моторика (координация движений, ручной праксис, артикуляционная мускулатура), выразительность мимики, пластика движений, постановка дыхания, голоса. Сочетание музыки и движений у детей-сирот способствует формированию просодической стороны речи (темп, тембр, выразительность, сила голоса), сокращаются сроки появления сложных речевых конструкций.

Особую роль в развитии детей раннего возраста, находящихся в условиях сенсорной, социальной, материнской, эмоциональной деприваций, играет музыка. Музыкальный руководитель совместно с психологом осуществляет подбор и внедрение в повседневную жизнь ребенка музыкально-терапевтических произведений, как фактора эмоциональной стабильности в отсутствие биологической матери, прослушивание которых способствует нормализации засыпания, пробуждения. Создание музыкального фона в процессе игровой, трудовой и учебной деятельности способствует снижению поведенческих и организационных проблем, значительно повышает работоспособность детей, стимулирует их внимание, память, мыслительные процессы, что связано с дополнительной слуховой стимуляцией.

Ограничение в реализации физиологической потребности детей раннего возраста в двигательной активности частично компенсируется на специально разработанных занятиях ЛФК, где проводится точечный, сегментарный, общий массаж, занятия лечебной физкультурой, общие физкультурные занятия (под звуковым сопровождением ритмических

музыкальных инструментов) – все это способствует развитию мелкой и общей моторики, нормализации мышечного тонуса, развитию координации движений.

Для преодоления речевых нарушений у детей-сирот в оборудованных логопедических кабинетах, включающих речевые зоны с зеркалами для мимической и артикуляционной гимнастики, подобраны, кроме наглядно-иллюстративного материала по лексическим темам, основным фонетическим группам, сюжетные картинки для работы над фразой, игрушки для совершенствования диафрагмально-речевого дыхания, различные пособия для ручного праксиса, зрительной памяти и фонематического слуха.

В рамках указанного нами полимодального подхода большое значение в преодолении депривационных факторов отводится специально организованным занятиям в «сенсорной комнате», проводимым психологом Дома ребенка. Сенсорная комната, это особым образом организованная окружающая среда, наполненная различного рода стимуляторами, которые воздействуют на органы слуха, зрения, обоняния, осязания и вестибулярные рецепторы. Оборудование сенсорной комнаты зонировано: мягкая (сухой бассейн, настенные и напольные маты, мягкие кресла, трапедии, подушки), тактильная (сухой душ, тактильное панно, сенсорная тропа для ног), зрительная (настенное панно «Звездное небо», волшебная нить с контроллером, пузырьковая колонна, оптоволоконный пучок «Звездный дождь», звездная сеть с контроллером, светильник «Пламя», слуховая (муз. центр со специально подобранной музыкой) зоны. Спокойная цветовая гамма, мягкий свет, приятная музыка все это позволяет ребенку максимально расслабиться, отдохнуть и успокоиться, а яркие стимулы привлекают и поддерживают внимание, используются для зрительной и слуховой стимуляции, повышения исследовательского интереса.

Большое значение в преодолении задержки психического развития, влияния депривационных факторов, а так же последствий воздействия на ребенка физических и психических травм, полученных в семье и стационарных учреждениях (до поступления в Дом ребенка), оказывают кукло- и сказкотерапия, которые способствуют выделению своего внутреннего «Я» (понимание своей индивидуальности, выделение себя из окружающей среды), развивают ощущение уверенности в своих силах, дает возможность раскрепоститься, полюбить театрализованную деятельность.

Куклотерапия – это раздел арттерапии, который использован в качестве основного приема психокоррекционного воздействия на куклу как промежуточный объект взаимодействия взрослого и ребенка. Цель куклотерапии заключается в ликвидации болезненных переживаний, укреплении психического здоровья, улучшении социальной адаптации, развитии самосознания, разрешении конфликтов в условиях

коллективной творческой деятельности. Опыт использования в реальной жизни игрушек, помогает снять агрессию, способствует творческому самовыражению, ослаблению отрицательных эмоций. Куклотерапия позволяет нам решить такие важные коррекционные задачи, как преодоление неуверенности, стеснительности, расширение репертуара самовыражения ребенка, достижение эмоциональной устойчивости и саморегуляции, коррекцию отношений в системе «взрослый – ребенок».

Стимулированию сенсорных систем, способствуют проводимые арт-терапевтические занятия (изотерапия). Эти занятия обеспечивают создание терапевтических рисунков, отражающих эмоциональное состояние ребенка «здесь и сейчас». При длительной арттерапевтической работе появляется возможность не только отслеживать текущее состояние ребенка, но и запускает механизм гармонизации личности.

Выше перечисленные разделы работы проводятся силами сотрудников Дома ребенка, но процесс социализации должен выходить за пределы учреждения. Одним из таких вариантов могут быть организованные выезды детей-сирот в зоопарк, цирк, поездки по местным достопримечательностям, посещение аттракционов. Все это будет способствовать развитию активной речи детей, стимулировать их эмоциональное развитие, расширять жизненный опыт, закреплять полученные ранее на занятиях знания.

Важное место в преодолении социальной депривации должна занимать практика общения детей-сирот с учащимися общеобразовательных школ. Такое общение может способствовать более успешной социализации детей-сирот в обществе, а для учащихся старших классов – это формирование правильного отношения к семье, профилактика вредных привычек и асоциального поведения, развитие умения общаться с детьми разного возраста, развитие чувств сострадания, сопереживания.

Таким образом, полимодальный подход является одним из звеньев целостной системы психолого-педагогического воздействия, в основе которой лежит, создание благоприятных условий для оптимального физического, психического развития и эмоционального благополучия каждого ребенка, повышение его познавательной активности, функциональных и адаптационных возможностей, коррекции отклонений в развитии, профилактики вторичных нарушений и способствует формированию психического здоровья воспитанников Дома ребенка.

Литература

1. Белкина Л. В. Адаптация детей раннего возраста к условиям ДОУ / Л. В. Белкина. – М.: Учитель, 2006. 240 с.
2. Гудонис В. П. Особенности адаптации детей и подростков, оставшихся без опеки родителей/ В. П. Гудонис, К. Л. Самашонок // Дефектология. – 2007. – № 4. – С. 70-76.
3. Мухамедрахимов Р. Ж. Изменение социального окружения в домах ребёнка: программа раннего вмешательства / Р. Ж. Мухамедрахимов, О. И. Пальмов и др. // Дефектология, 2003. - № 4. – С. 44-53.

4. Мухамедрахимов Р. Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие / Р. Ж. Мухамедрахимов / СПб: Изд-во С.-Петербургского Университета, 1999. – 288 с.
5. Оздоровительная и воспитательная работа в доме ребенка / Составитель Э. Л. Фрухт. – М.: Просвещение, 1989. – 314 с.
6. Печора К. Л. Дети раннего возраста в дошкольных учреждениях.: Пособие для педагогов дошко. учреждений / К. Л. Печора, Г. В. Пантюхина, Л. Г. Голубева. – М.: ВЛАДОС, 2008. – 172 с.

ПСИХОПРОФИЛАКТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ В ХОДЕ ПОДГОТОВКИ КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ ДЛЯ РАБОТЫ В РЕГИОНЕ С МНОГОНАЦИОНАЛЬНЫМ СОСТАВОМ НАСЕЛЕНИЯ¹

Т. В. Черникова

*ФГБОУ ВПО «Волгоградский государственный
социально-педагогический университет»*

Профессия клинического психолога относится к числу других в социномической группе, представители которой имеют высокий риск раннего обретения синдрома эмоционального выгорания. Сущностное содержание эмоционального выгорания выражается в виде комплексного специфического ответа личности на особенности профессиональной деятельности и производственной среды, субъективно воспринимаемые как деструктивные. Эмоциональное выгорание есть прогрессирующее негативное состояние интенсивно работающего человека, которое сопровождается его непродуктивным защитным поведением.

Молодым людям – студентам специальности «клиническая психология» – может показаться, что эта тема является несколько преждевременной для них, еще не приступивших к выполнению самостоятельной профессиональной деятельности. Проблема, однако, состоит в том, что эмоциональное выгорание, когда оно явно проявится у работающего специалиста, очень трудно будет поддаваться коррекции. Психопрофилактика окажется намного эффективнее, в том числе в плане экономических затрат на ее проведение.

В связи с этим имеется достаточно причин, чтобы вплотную заняться научным обоснованием и внедрением в учебный процесс практических разработок по упреждению нарушений эмоционального здоровья у будущих специалистов, получающих психологическое образование в медицинском вузе. В большей степени такое положение относится к тем,

¹ Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ и администрации Волгоградской области рамках научно-исследовательского проекта РГНФ «Эмоциональное выгорание: диагностика предпосылок и психопрофилактика у выпускников медицинского вуза», проект № 11-16-34003а/В.

кто получает его по целевому направлению от национальных республик Южно-российского федерального округа. Молодым специалистам, для того чтобы обеспечить себе стабильную профессиональную занятость, придется приложить немало усилий в направлении просветительной деятельности среди населения Юга России и Северного Кавказа. По сути дела, появление клинических психологов в системе учреждений здравоохранения и социальной защиты означает начало создания инновационного для национальных территорий института социально-психологической помощи и поддержки населения, и клиническим психологам придется проявить активность в поиске и создании для себя рабочих мест.

На первых порах эта работа окажется эмоционально затратной в связи с необходимостью вести интенсивную информационно-агитационную работу по формированию у населения культуры запроса о клинико-психологической помощи. В частности, будущие специалисты столкнутся с необходимостью инициирования традиционно не одобряемой среди местного населения открытости при обсуждении проблем психического здоровья близких (депрессии, суицидальных наклонностей), личных и даже интимных проблем в психологических консультационных службах семьи (в том числе по поводу смешанных браков и запретов на них, добрачных отношений и внебрачных детей, ревности, супружеских измен и внутрисемейного насилия и т. п.). В случае открытия экстренных психологических телефонных служб (телефонов доверия) остро встанут вопросы психоэмоционального здоровья сотрудников и укрепления их стрессоустойчивости. Службы подобного рода прекращают свою деятельность зачастую потому, что изначально не озадачились системной работой по предотвращению эмоционального выгорания консультантов.

Во-вторых, в силу наблюдаемого в настоящее время на Северном Кавказе демографического взрыва и сопровождающих его попыток обеспечить качество образования в регионе любыми (в том числе явно неправомерными) путями, клинический психолог будет максимально загружен коррекционной работой с детьми в учреждениях здравоохранения и образования (преимущественно в интернатах для детей с нарушениями здоровья). Кроме традиционных форм психологического сопровождения, обязанности клинического психолога расширяются за счет вмененной ему для исполнения экспертной работы в комиссиях (медико-психолого-педагогических, аттестационных, профилактических, конфликтных и др.), а также работы по психологической подготовке старшеклассников к единому государственному экзамену и профессиональному самоопределению молодых людей в регионе с депрессивной экономикой.

В-третьих, работающему психологу неизбежно будут предъявлены ожидания к его компетентности, достаточной для того, чтобы справиться с актуальными для многонациональных территорий проблемами личностной идентификации в условиях билингвизма (сопровождающегося

сниженной самооценкой), ксенофобии, религиозной конфронтации, межэтнической агрессии, страха подвергнуться террористическому воздействию.

В-четвертых, следует указать на данные психологических исследований, в которых, в частности, выявлено, что:

- альтруистические установки психологов в большей степени декларируются и имитируются; значимых различий, например, с менеджерами, не обнаруживается (эти данные получены нами на студентах волгоградского педагогического и технического вузов);
- ведущими средствами реализации профессиональной направленности являются предприимчивость и артистизм, а не интеллект и реалистичные устремления (данные получены нами на студентах университета Калмыкии);
- более 40 % студентов-выпускников медицинского университета, еще не приступив к работе, имеют высокий и крайне высокий уровень эмоционального выгорания; помимо позитивных ценностей и устремлений проявляются эгоизм, доминантность, ориентация на власть и деньги, высокие материальные амбиции; основными мотивами выбора профессии служат стремление добиться признания, уважения и высокого статуса влияния; у будущих социальных работников сферы здравоохранения проявляется экспрессивность, псевдотолерантность, направленность на власть (данные получены нами и В. В. Болучевской в ходе исследования в Волгоградском медицинском университете).

Наконец, в-пятых, есть смысл уже в студенческом возрасте говорить о том, что оплата труда в России для данных категорий работников такова, что, вероятнее всего, им придется растрачивать силы за границами возможного, принимая обязательства по трудовой нагрузке в целях дополнительного заработка. Например, из-за этого у 92 % психологов г. Санкт-Петербурга синдром выгорания уже сформирован или находится на стадии формирования; только 8 % респондентов оказались благополучными и здоровыми в профессиональном плане (типичные для мегаполисов данные получены Р. В. Трубачевой на 171 респонденте).

Таким образом, эффективная психологическая помощь немыслима без качественной профессиональной подготовки психологов, которые бы не только несли в себе большой поддерживающий и развивающий потенциал, но были ориентированы на сохранение и укрепление психологического здоровья тех, с кем придется взаимодействовать по роду своей профессиональной деятельности. Это становится возможным, если сам будущий специалист компетентен, физически и психологически здоров, устойчив к развитию негативных профессионально обусловленных состояний.

Психопрофилактическая работа по предупреждению эмоционального выгорания среди студентов медицинских специальностей накануне

их вхождения в профессиональную среду может быть включена в учебные дисциплины по психологии, максимально согласуясь с традициями и ведущими образовательными стратегиями вуза. Это означает, что в вузе со строгими академическими традициями будет применяться комплексный профилактический мониторинг с использованием различных средств диагностики и самодиагностики. В вузах с развитыми традициями интерактивного обучения профилактическая работа будет включена в систему практикумов, соконсультационных и супервизорских сессий. Учреждения, открыто заявившие о гуманитарных основаниях подготовки работников здравоохранения и последовательно осуществляющие их на практике, будут активно создавать рефлексивную образовательную среду, ориентированную на ценности человека и его здоровья.

Так, в рамках *естественнонаучной традиции* и *академического подхода* к преподаванию эмоциональное выгорание студентов диагностируется тестовыми методами и констатируется как объективная данность, не подлежащая изменению. Определяются уровни эмоционального выгорания по шкалам, и диагностические методики совершенствуются в направлении точности описания индивидуального проявления изучаемого феномена у каждого испытуемого, их подгруппы или группы в целом. Предпосылки эмоционального выгорания выявляются чаще всего исходя из психофизиологических данных. Психопрофилактика проводится путем консультирования по результатам диагностики и предоставления общих или индивидуальных рекомендаций. Собственно психопрофилактическая работа сводится, в основном, к учету будущим работником слабого типа своей нервной системы. Основная линия профилактической работы может быть условно выражена формулой: «Если ты получил профессию, которая оказалась не по плечу, то надо экономно расходовать силы и найти индивидуальные способы восполнения своих психофизиологических ресурсов». Уже сама процедура объективации диагностических результатов исследования эмоционального выгорания позволит рационально проанализировать тестовые показатели и выбрать когнитивные средства совладания с неблагоприятными предпосылками.

Чаще всего психопрофилактический эффект ожидается от психогимнастических упражнений, проводимых по типу психогигиены (С. И. Макшанов, Дж. Рейнуотер, Н. Ю. Хрящева). Проводится рационализация трудных жизненных ситуаций, случившихся за определенный период времени («Стрессогенные жизненные события»), пересматриваются основания временной организации жизни («Диалог со временем»), визуализируется желаемое благополучие («Абсолютное здоровье»). Психогимнастические упражнения по типу аутогенной тренировки направлены на психосоматическое восстановление специалиста, осуществляемое экспресс-методами (И. Н. Петров, Н. В. Самоукина, С. В. Филина). Восстановлению психосоматических расстройств служат методы

релаксации («Напряжение и расслабление»), самовнушения («Формулы спокойствия и сосредоточения»), фокусировки («Внутренний луч»), телесного контакта («Скульптор и глина») и др.

Комплексные формы психоэмоциональной саморегуляции представляют собой сочетание упражнений по психогигиене и аутогенной тренировке. Эффективность психофизиологической саморегуляции обеспечивается за счет формирования установок на овладение психологической культурой здоровьесбережения. Подобный цикл занятий разработан А. Н. Малаховой. Основная направленность занятий – гармонизация психоэмоционального состояния благодаря снятию мышечных зажимов, устранению энергетических барьеров и блокировок, обучение механизмам обратной связи во взаимодействии физического и психического. Цикл специальных занятий по здоровьесбережению предложен также Н. В. Лукьянченко и Л. П. Фальковской. Он апробирован на базе центра психолого-медико-социальной службы г. Красноярска. Базовыми основаниями для проведения цикла занятий авторы выбрали идеи, заложенные в работе В. А. Ананьева по психологии здоровья.

Психопрофилактика, таким образом, в рамках академической традиции сводится к тому, чтобы определять общие проблемы становления специалиста и разрабатывать развивающие средства для включения их в систему практических занятий по психологии в вузе. Оказание преподавателем помощи в оценке готовности к практической работе происходит через подбор и составление контрольно-оценочных заданий с ориентацией не только на содержание материала, но и на анализ своих возможностей противостоять предпосылкам эмоционального выгорания. Эффективность психопрофилактической работы по предупреждению эмоционального выгорания у будущих врачей, включенной в содержание аудиторных и самостоятельных занятий, к сожалению, мало подвержена оценке. По сути дела, она отдается на откуп самим студентам. Понятно, что все попытки преподавателя контролировать эту работу неизбежно приведут к ее формализации, что, как правило, и сопутствует академическому образовательному подходу. Проведение психопрофилактики эмоционального выгорания с позиций технологического и антропологического образовательных подходов открывает более широкие возможности для ее эффективной реализации.

При реализации *практикоориентированной традиции и технологического подхода* в учреждении высшего медицинского образования диагностические средства имеют не только вид опросников и экспертных процедур, предваряющих учебно-развивающую работу. Часто они включены в содержание заданий в ходе применения активных методов обучения на занятиях в аудитории или на рабочем месте во время производственной практики. Эмоциональное выгорание исследуется в моделируемых условиях его проявления, выявленные особенности

классифицируются, обнаруженные трудности освоения профессии переформулируются в стимулы саморазвития. Предпосылки эмоционального выгорания основываются на недостаточном владении предметными и коммуникативными технологиями, а также на ошибочной интерпретации отдельных явлений профессиональной деятельности. Психопрофилактика происходит за счет изменения точки зрения участников учебно-тренировочной группы на диагностируемые явления и события. В условиях активного обучения профилактический эффект обеспечивается за счет отстранения от проблемы, ее рационализации, определения направлений самообразовательной работы, перенесения в практику и осуществления в режиме профессиональных проб с оценкой результативности. Условная формула осуществления психопрофилактики такого рода может быть выражена словами: «Если ты получил профессию, для самореализации в которой у тебя недостаточно ресурсов, то их надо инвентаризировать и развивать, насколько это возможно».

Преподаватель, осуществляя подготовку будущих врачей к выполнению самостоятельной работы в этом направлении, максимально насыщает учебные занятия материалами, приближенными к реальной деятельности. Например, это может быть гуманитарная экспертиза профессиональной деятельности врача (С. В. Третьяк), моделирование его профессиональной культуры (Ю. Я. Веретельникова), в том числе предметно-коммуникативной и предметно-аксиологической (И. М. Румянцева). Психопрофилактика эмоционального выгорания осуществляется также на занятиях специализированного курса «Профилактика эмоционального выгорания» (В. В. Болучевская) и заседаниях профессионального клуба для студентов «Окно души» (Т. В. Черникова). Системные встречи в клубе по интересам играют важную роль в становлении профессиональной зрелости специалиста. Например, с будущими клиническими психологами могут быть организованы клубные занятия по развитию гибкости в общении и расширению диапазона коммуникативных компетенций, поскольку именно у этих специалистов раньше других эмоциональное выгорание начинает проявляться по шкале деперсонализации.

Мотивационную вовлеченность в освоение профессиональной деятельности обеспечивает сочетание в диагностическом комплексе заданий-вопросов и практических проб. В качестве примера такой работы может служить проведение конференции по итогам производственной практики в форме балинтовской группы. Алгоритм рассмотрения трудного случая из жизни учреждения здравоохранения или конкретного специалиста послужит образцом для многостороннего самостоятельного анализа профессиональных трудностей в будущем.

Приверженность *гуманитарной парадигме и антропологическому подходу* в образовании проявится в том, что преподаватель будет предлагать студентам задания, отличающиеся неразрывностью диагностики

и развития в условиях рефлексивного принятия ценностного императива профессии и освоения гуманитарных отношений. С позиций гуманитарной парадигмы в образовании предпосылками эмоционального выгорания (а не его результатами) выступают изначально искаженные смыслы и ценности профессиональной деятельности. Как доказано в исследовании Е. Г. Ожоговой, выгоранию в первую очередь подвержены работники с индивидуалистической ориентацией, высоким эгоцентризмом и направленностью в большей степени на потребление, нежели на продуцирование. Позитивным эмоциональным настроем и устойчивостью к выгоранию обладают лица с выраженной конструктивной позицией, в меру альтруистичные, креативные и свободно проявляющие саморегуляторные способности во взаимодействии с другими. Психопрофилактическая работа в условиях антропологического подхода строится исходя из формулы-требования: «Следует получать профессию и вступать в профессиональное сообщество, если для этого есть достаточные основания; в противном случае требуется пересмотреть содержание предстоящей деятельности с учетом имеющихся возможностей таким образом, чтобы не вредить другим людям (клиентам, пациентам)».

Главная проблема развивающего взаимодействия в условиях гуманитарной образовательной практики образования состоит в том, чтобы, учитывая неизбежность соподчиненных отношений обучающего и обучающегося, тем не менее выявить и практически воплотить развивающий, сотворческий потенциал таких отношений для обеих сторон. Осуществление задачи группового и индивидуального образовательного развития связывается с соблюдением перечисленных ниже десяти принципов при планировании, организации и проведении учебных занятий. Эти принципы могут рассматриваться как основополагающие в процессе осуществления гуманитарных технологий в рамках реализации антропологического подхода в высшем образовании:

1. Принцип построения обучения по образцу решения творческой задачи.
2. Принцип опоры на социальный интеллект.
3. Принцип диагностики и обязательной работы с ее результатами.
4. Принцип рефлексивной преемственности.
5. Принцип добровольности участников и открытости занятий.
6. Принцип безоценочности и сниженной критичности.
7. Принцип отбора материала.
8. Принцип активности.
9. Принцип продуктивности.

Осуществление психопрофилактической работы со студентами специальностей помогающего типа по предупреждению у них предпосылок эмоционального выгорания может осуществляться в соответствии с различными моделями. Такая работа должна быть органично включена

в процесс преподавания в учреждении высшего медицинского образования и исключать какую-либо искусственность.

Субъектно-ориентированный тренинг «Вызов выгоранию» (Н. Е. Водопьянова и В. Б. Чесноков) основан на идеях субъект-ориентированного подхода к развитию личности. Тренинг представляет собой конкретизацию модели оказания психологической помощи лицам с выраженными признаками эмоционального выгорания в отдельной технологической разработке. В качестве ключевого теоретического базиса модели приняты идеи о когнитивно-экзистенциальной активности личности как субъекта своей индивидуальной судьбы и профессионального пути. По ходу работы расширяется диапазон ресурсов личности и навыков ее конструктивного совладания с профессиональным стрессом в контексте преодоления общих жизненных трудностей.

Модель разрабатываемой нами креативной игры учитывает продуктивно-творческий потенциал обучаемых. Креативность понимается как действенная личностная способность адекватно отвечать на потребность в новом образе существования или самореализации интеллектуального, эмоционального, регуляторного потенциала. Креативная игра в условиях образовательной работы в вузе рассматривается как групповая направленная активность людей, объединенных общими интересами профессионального развития. Объединяющие этих людей устремления связаны с преобразованием имеющейся ситуации или выдвижением новых идей в условиях, максимально приближенных к реальной профессиональной деятельности. Основной характеристикой игры является неопределенность как самого нового продукта, так и процесса его создания в условиях группового творческого поиска. Креативная игра содержит возможности структурирования этой неопределенности за счет строгого соблюдения этапов творческого решения задачи.

Выбор модели креативной игры отвечает двум важнейшим условиям осуществления работы в системе высшего профессионального образования. Во-первых, учебные занятия организуются в соответствии с логикой запланированных преднамеренных изменений компетентностного плана. Передача учебного содержания квалифицированно обеспечена посредством высокой технологичности осуществляемых преподавателем профессиональных действий. Во-вторых, все инновационные технологии должны быть выверенными, научно обоснованными. Последствия их применения с максимальной степенью точности следует спрогнозировать не только на эффективность учебного процесса, но также на способности осуществления будущей профессиональной деятельности.

Креативная игра, интегрируя в себе различные формы активного обучения, имеет различные виды. Виды креативной игры классифицированы в зависимости от двух характеристик:

1) степени представленности личностного, межличностного, производственного компонентов;

2) сложности организации игры и временных затрат на ее проведение. Таким образом, креативная игра имеет вид рефлексивной («Значок на лацкан делового костюма», «Альтер эго», «Санитарный бюллетень») или ролевой («Многочисленные обязанности», «Жалобы пациента»), если преобладает личностный или межличностный компоненты. При ведущем производственном компоненте имеет место имитационная («Трудный день») или деловая («Смотрины») игра. Предложенное разделение на виды является достаточно условным. В каждом из указанных видов могут присутствовать признаки остальных.

Комплексной формой осуществления психопрофилактики является индивидуальный рефлексивный дневник (профессионально-личностное портфолио), которое студенты ведут на протяжении всего периода обучения. Рефлексивный дневник как форма репрезентации опыта представляет собой одновременно и инструмент анализа профессиональных ситуаций, с которыми сталкивается личность, и средство индивидуального самоанализа. Анализ дневниковых записей позволит отметить динамику совершенствования рефлексивных навыков и профессионального самосознания специалистов.

Эмоциональное здоровье клинического психолога составляет благоприятный фон профессионально-предметной занятости и выражается в субъективно переживаемых состояниях комфорта, уравновешенности настроения и его адекватности внешним условиям жизнедеятельности, а также в свободной саморегуляции ситуативно целесообразного поведения и способности легко изменять интенсивность выполняемых действий согласно заданным требованиям труда. Пример профессионально безупречного поведения клинического психолога послужит в качестве образца для формирования культуры взаимоотношений с пациентами и развития у них представлений о сущности и возможностях психологической помощи в трудных жизненных ситуациях, которых предостаточно у населения южно-российского региона.

В более широком понимании эмоциональное здоровье рассматривается как способность клинического психолога к преобразованию собственных знаний, установок и опыта в эффективные индивидуализированные средства профессиональной деятельности и проявления в готовности решать профессиональные задачи с позиций альтруистической мотивации, моральной ответственности, построения взаимоотношений с пациентами, посетителями психологических служб и коллегами на основе гуманности и бескорыстия. Эмоционально устойчивые психологи системы здравоохранения обладают позитивным настроением на работу, достаточным уровнем рефлексии своих внутренних состояний, проявляют неизменный исследовательский интерес к своим мыслям, чувствам и поступкам, имеют высокую степень самопринятия, легко контролируют свою жизнь, верят в свои силы, демонстрируют спонтанность в ответ на профессиональные вызовы, положительно воспринимают окружающих.

УСЛОВИЯ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ, ИМЕЮЩИХ НАРУШЕНИЯ ЗРЕНИЯ

Г. А. Шищенко, О. В. Ломовцева

*Уральский государственный университет физической культуры
Екатеринбургский филиал*

Известно, как трудно входят в новую среду студенты с нарушением зрения. Поэтому в учебном заведении для них необходимо создать максимальный комфорт: разработать и изготовить специальные учебно-игровые пособия, глазодвигательные тренажеры, макеты, развивающие игры, индивидуальную мебель.

Неполноценное зрение затрудняет процесс восприятия (выделение существенных признаков, определение формы, строение и взаимоотношение отдельных частей предметов).

В связи с этим студенты с нарушением зрения в процессе занятий испытывают определенные трудности, которые необходимо учитывать.

При проведении занятий с такими студентами необходимо иметь в виду следующее:

- эмоционально выстроенные сюжеты занятий, которые могут создавать позитивную мотивацию;
- специальный выбор пособий и материалов для занятий;
- важно показать студенту его возможности в процессе занятий;
- каждое занятие предполагает ситуацию успеха в практической деятельности студента.

Психологическое воздействие нарушенного зрения приводит к развитию чувства неполноценности, зависимости, беспомощности, ощущению ограниченности физических возможностей.

Цель исследования: изучение особенностей эмоциональной сферы и поведения студентов с нарушением зрения, влияющих на социально-психологическую адаптацию.

При формировании регуляции эмоционального состояния студентов с нарушением зрения легче осваивать учебный материал.

Психологическая защита, специальная регулятивная система стабилизации личности, отражает сферу сознания от неприятных, травмирующих переживаний, сопряженными с внутренними и внешними конфликтами, состояниями тревоги и дискомфорта.

Психологическая защита обеспечивает адаптацию личности за счет подсознательной переработки поступающей информации. В этих процессах человек не отдает себе отчета, но защитные механизмы имеют свои объективные проявления: внешне наблюдаемые и регистрируемые признаки на уровне действий, эмоций или рассуждений.

Неспособность соответствовать новым формам и требованиям педагогов неизбежно заставляет студента сомневаться и переживать. В результате студент становится крайне зависимым от оценок и отношений окружающих его людей.

Осознание замечаний в свой адрес влияет на его самочувствие и приводит к изменению самооценки. Это приводит к тому, что он начинает испытывать страхи особого рода (что его посчитают трусом, слабовольным, не таким как все).

Условием полноценной жизни студентов имеющих нарушения зрения в социально-психологической адаптации является формирование веры в свои силы, готовности к действиям и возможности реализовать свою цель и задачи.

У студентов с нарушением зрения формируется комплекс специальных знаний, жизненно и профессионально необходимых сенсорно-перцептивных и двигательных умений и навыков; развиваются основные психические и физические качества; повышаются функциональные возможности различных органов и систем; развиваются и сохраняются и используются в новом качестве телесно-двигательные характеристики.

Сегодня никто не снимает задачи расширения сферы знания, не отрицает важность мировоззрения в образовании и воспитании личности, но эти процессы в настоящее время глубже:

- во-первых, мировоззрение рассматривается шире, как мироощущение;
- во-вторых, знания трактуются как средство, а не цель развития личности;
- в-третьих, задачи социализации личности и условия индивидуализации (создание условий для становления индивидуальности) формально уравниваются.

Нас интересовал уровень сформированности восприятий у студентов с нормальным зрением и с нарушением зрения и как это может повлиять на приобретаемые знания и на качество подготовки специалистов.

Таблица

Уровень сформированности восприятий у студентов с нормальным зрением и с нарушением зрения

Группа испытуемых	Уровень развития восприятий		
	Низкий	Средний	Высокий
Без нарушения зрения	10 %	60 %	30 %
С нарушением зрения	57 %	29 %	14 %

В процессе социальной адаптации студентов следует рассматривать как активно развивающихся, а не только как активно приспособительных.

Хотя, возможно, именно это будет уместно заметить, что любому процессу развития присуща внутренняя динамика приобретения и потерь.

Самооценка студента с нарушениями зрения должна найти опору в социуме. Чем больше субъект верит, что все в жизни зависит от его собственных усилий и способностей, тем в большей мере находит он в жизни смысл и цели. Таким образом, самооценка и адаптация студента в социуме будет зависеть от эмоциональной сферы, и от направленности личности.

Говоря о направленности личности студентов, имеющих нарушения зрения, мы имеем в виду систему устойчивых потребностей, интересов, склонностей, убеждений, идеалов, мировоззрения и т. д., определяющих основные направления поведения личности. Направленность выражена в жизненных целях, активной деятельности по их достижению.

Одна из форм проявления направленности личности студентов, имеющих нарушения зрения – особенности ее поведения в той или иной сфере жизнедеятельности. В данном случае мы говорим о направленности личности к образу жизни. Направленность личности проявляется через ее поведение, влияя на него и формируя его, мы имеем в виду устойчивые формы проявления, т. е. адаптацию студентов в социуме.

Устойчивость личности студента с нарушением зрения – это еще одна базовая характеристика, неразрывно связанная с ее направленностью.

Устойчивость личности студента не исключает вариативность, изменчивость ее поведения, но и создает потребность, убежденность в выборе образа жизни.

В основе формирования направленности и устойчивости личности лежит структура личности, которая определяет условия социально-психологической адаптации студентов, имеющих нарушения зрения.

Одной из важнейших составляющих направленности личности является мотивация – это широкое понятие, включающее в себя систему факторов, детерминирующих поведение (сюда входят потребности, мотивы, цели, намерения, стремления и многое другое) и как характеристика процесса, который стимулирует и поддерживает поведенческую активность студентов, имеющих нарушения зрения на определенном уровне (мотив).

Мотив в отличие от мотивации – это то, что принадлежит самому субъекту поведения, является его устойчивым личностным свойством, изнутри побуждающим к совершенствованию конкретных действий.

Потребности – это состояние нужды. Потребность как состояние личности связано с наличием у человека чувства неудовлетворенности, связанного с дефицитом того, что требуется. Разнообразные потребности у человека, у которого кроме физических и органических потребностей, есть еще и материальные, духовные и социальные, позволяют студенту имеющего нарушения зрения найти свою нишу в обществе.

После потребности по мотивационному значению идет понятие – цель. Целью называют тот сознательный результат, на который направлено

действие, связанное с деятельностью, удовлетворяющей актуализированную потребность, т. е. потребность в полноценной жизни студентов имеющих нарушения зрения и их социальную адаптацию.

Психологически цель есть то мотивационно побудительное содержание сознания, которое воспринимается человеком как непосредственный и ближайший ожидаемый результат деятельности.

В структуре ценностного сознания личности содержатся различные виды ценностных представлений. Одни из них усваиваются в форме значений (знаниевые), но не разделяются личностью. Такие ценностные представления могут принадлежать обществу, социальной группе и просто присутствовать в сознании личности, позволяя ей ориентироваться на соответствующую формулу социального поведения.

Другие ценностные представления приобретают личностный смысл, включаются в контекст реальной жизнедеятельности, превращаются в конкретные цели деятельности. Они реально управляют поведением человека, подталкивают к определенным практическим шагам, к реализации определенной поведенческой стратегии, позволяют ориентироваться на ситуацию успеха в практической деятельности.

Вместе с тем случается, что реализация этой ценности, ее верификация (подтверждение) в реальном жизненном процессе приводит к разрушению ценностного представления, имевшего ранее личностный смысл, т. е. предыдущий образ жизни меняется на новый, сформированный в сознании личности.

Следовательно, механизм формирования ценностного сознания личности можно представить следующим образом: восприятие ценностных представлений, прохождение их через «фильтр» самосознания, дифференцирование на «значения» и личностный смысл.

Затем, преломляясь через условия реальной жизнедеятельности, жизненный опыт, эти смыслы распадаются на подтвержденные и неподтвержденные, на реально управляющие действиями и поступками и на те, которые просто хранятся в сознании, помогая ориентироваться в системе когнитивных требований.

Интериоризация (присвоение) личностных ценностей происходит тогда, когда у студента имеющего нарушения зрения возникает система ценностных представлений, подтверждающих свою истинность, являющихся устойчивой, проверенной мерой оценки в различных жизненных ситуациях и обстоятельствах, участвующих в формировании жизненных планов личности.

Процессу социально-психологической адаптации студентов, имеющих нарушения зрения, будут способствовать: самооценка студентов и мотивация, стремления, собственные усилия и способности, эмоциональная сфера направленности личности, потребности, интересы, убеждения, цели и их достижение.

Студентам с нарушением зрения необходимо создать педагогические условия для социально-психологической адаптации в вузе за счет разработки учебно-методических комплексов по реализации образовательной технологии для формирования информационной компетентности будущих специалистов из студентов имеющих нарушения зрения. Специалисты, имеющие нарушения зрения, должны найти опору в социуме и быть востребованы.

Раздел 4

МЕДИКО-ПСИХОЛОГО- ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ И ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕВОЧЕК ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

А. В. Баранова, Е. В. Уварова, Е. П. Хашенко²

*Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В. И. Кулакова»
Минздравсоцразвития России, Москва*

Состояние здоровья детей и подростков в последнее десятилетие в различных странах мира в целом и в России в частности характеризуется устойчивыми негативными тенденциями (Баранов, Кучма, Сухарева, 2004; Landrigan, 2004, 2008). Охрана и улучшение социального благополучия детей предусмотрены во многих международных и федеральных российских программах (Миняева., 2003; Kapila, 2010; Simpson, 2010). Данная проблема особенно актуальна, так как **здоровье детей** составляет фундаментальную основу для формирования репродуктивного, интеллектуального, трудового и нравственного потенциала страны (Максимова, Белов, Лушкина, 2008).

На этом фоне особую актуальность приобретают исследования по изучению качества жизни (КЖ) и репродуктивного здоровья девочек, как истинного резерва воспроизводства, что особо отмечено мировым сообществом. Обращает на себя внимание выраженный рост числа гинекологических заболеваний среди девочек-подростков, осложняющихся бесплодием впоследствии (Вейн, 2000; Уварова, 2000).

² Исследование выполнено при финансовой поддержке РФНФ, проект «Качество жизни девочек подросткового возраста с эндокринными нарушениями» № 10-06-00930а

Среди общей патологии репродуктивной сферы ведущее место занимают нарушения менструального цикла (по типу болезненных, редких менструаций или аменореи), маточных кровотечений подросткового периода на фоне и без дисфункции гипоталамуса (ГД). Среди многообразия клинических проявлений ГД в большинстве случаев ожирение, вегетативные, эндокринные и трофические расстройства (Артюкова, 1997; Гилязутдинов, 2006; Сутурина, 2008). Репродуктивные нарушения зачастую имеют психо-эмоциональную окраску. Для пациенток с нарушениями менструального цикла характерна тревога различной степени выраженности. Особенно повышен уровень тревожности, как ситуационной, так и личностной, при маточных кровотечениях и при аменореи психогенного генеза у девочек-подростков (Родцевич, 2006). Возникновение маточных кровотечений пубертатного периода связано с невротизацией подростков (астенический, депрессивный, фобический, депрессивно-ипохондрический, истерический варианты) и чаще проявляются в периоды эмоциональной напряженности (Уварова, 2008; Строев, 2004). Нарушение менструальной функции, вплоть до ее выключения, в том числе при ГД, является частым психосоматическим следствием стрессовых факторов, особенно на фоне напряжения адаптивных механизмов при перестройке организма в подростковом периоде (Гилязутдинов, 2006). Типичными чертами современных подростков являются недовольство своей жизнью в сочетании не только с высокой тревожностью, но и склонностью к депрессии (Куликов, Кротин, 2001). Наличие социальной дезадаптации в подростковом возрасте усугубляет течение гипоталамической дисфункции с преобладанием вегетативных проявлений, нарушением менструального цикла по типу маточных кровотечений и/или олигоменореи.

По данным эпидемиологических исследований имеется устойчивая тенденция роста ожирения среди девочек-подростков, и это также становится серьезной общественной проблемой (James, 2002). Социальная значимость сочетания избыточной массы тела и эндокринных нарушений в подростковом возрасте определяется не только быстро прогрессирующим характером заболевания, но и большой частотой осложнений и сопряженными с ними исходами (снижение трудоспособности, бесплодие, увеличение риска сердечнососудистых, обменных нарушений) (Уварова, 2009; Gretchen Van Wye, 2008). Более того, как показывает мировой опыт, стремительные темпы увеличения численности детей с избыточной массой тела ведет к неблагоприятным социально-психологическим последствиям, предрасполагает к развитию психических расстройств и депрессии, что создает трудности как в семье, так и в процессе школьного обучения, приводит к стойкой социальной дезадаптации, что само по себе ухудшает прогноз имеющегося заболевания (Уварова, 2008; Diamanti-Kandarak, 2007; Wang, Wild, Kipp, Kuhle, Veugelers, 2009).

Такие тенденции определяют необходимость комплексного изучения состояния здоровья подростков с использованием методов комплексной, многомерной оценки, в том числе с позиции качества жизни (Clarke, Eiser, 2004). Традиционные критерии (физикальные, лабораторные, инструментальные) не охватывают всех аспектов заболевания и не позволяют всесторонне оценить состояние больного (Новик, Ионова, 2007; Waters, 2008).

Целью данного исследования было проанализировать структуру психо-эмоциональных и общесоматических показателей, влияющих на КЖ пациенток подросткового возраста с нарушениями менструального цикла на фоне гипоталамической дисфункции (ГД). Были обследованы 83 девочки с нарушениями репродуктивной системы (средний возраст $15,4 \pm 1,9$ (M \pm SD)). Контрольную группу составили 20 девочек-подростков без диагностированных нарушений в возрасте от 11 до 19 лет ($16,2 \pm 1,5$ (M \pm SD)). Диагноз нарушений гинекологической сферы верифицировался на основании клинических (общий анализ крови, биохимический и липидный спектр крови, гормоны крови), лабораторных и данных функциональных исследований (рентгенологическое исследование головного мозга и кистей рук, ЭЭГ, РЭГ, УЗИ органов малого таза). Показаниями к включению девочек в исследование были совпадение дебюта заболевания с началом периода полового созревания; дисфункция гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой и гипоталамо-гипофизарно-гонадной систем, проявляющаяся нейроэндокринными и нейротрофическими нарушениями; доказанная дисфункция дизэнцефальной области головного мозга по данным электроэнцефалограммы, установленный диагноз дисфункции гипоталамуса легкой/средней степени тяжести (Уварова, 2008).

Особенностью девочек был полиморфизм клинических проявлений. У обследованных пациенток с нейроэндокринопатией по типу ГД были отмечены также: нарушения углеводного обмена 25 (30,1 %), гипофункция щитовидной железы (гипотиреоз при аутоиммунном тиреоидите 6 (7,2 %), гипотиреоз без аутоиммунного компонента 3 (3,6 %), в том числе субклинический), гиперпролактинемия (4,8 %). Далее девочки были разбиты на 2 сопоставимые по основным критериям группы: 47 девочек в 1ой группе без нарушений углеводного обмена, 36 девочек во 2ой группе с нарушениями углеводного обмена, доказанными по нагрузочным пробам с глюкозой и определением инсулина в крови.

При клиническом обследовании пациенток были учтены особенности семейного анамнеза. В первую очередь, оценивались указания на наличие эндокринной патологии у ближайших родственников по линии матери и отца, а также данные о становлении ритма менструаций, реализации репродуктивной функции и о перенесенных гинекологических заболеваниях у матерей обследованных пациенток. Обращалось внимание на возраст и наличие профессиональных вредностей у родителей

на момент рождения ребенка, особенности течения беременности и родов. У большинства девушек в качестве пускового фактора формирования отклонений в биологическом развитии, соматическом и репродуктивном здоровье прослеживается роль неблагоприятного течения беременности и родов матери (Куликов, Кротин, 2001). В детстве и препубертатном периоде эти нарушения чаще всего компенсированы и клинически проявляются слабо. Далее подросток вступает в период полового созревания, который действует как яркий дестабилизирующий фактор гипоталамической дефектности и усиления врожденной неполноценности соединительной ткани. В этой связи пубертатный период исполняет роль естественной функциональной нагрузочной пробы. Было установлено, что для пациенток с ГД на фоне нарушений углеводного обмена по сравнению с пациентками без нарушений углеводного обмена, чаще характерно отягощение наследственности по сахарному диабету II типа (85,7 % и 24,1 %), ишемической болезни сердца (43 % и 10,3 %), гинекологическим заболеваниям у матерей, чаще отмечается патология неонатального и детского периодов (56,4 % и 27,7 %). Это говорит о семейно-конституциональной предрасположенности к ожирению у данного контингента подростков, а также о наследственной отягощенности по репродуктивным нарушениям и бесплодию. А также подтверждается роль нарушений перинатального и детского периодов в этиологии развития гинекологических нарушений.

Были проанализированы особенности анамнеза жизни и анамнеза настоящего заболевания девочек-подростков. Учитывались перенесенные заболевания, сопутствующая соматическая и гинекологическая патология, фиксировались перенесенные оперативные вмешательства, аллергические реакции с учетом возраста их возникновения. Для девочек с ГД в изолированном и в сочетании с избыточной массой тела вариантах характерен общий отягощенный преморбидный фон: сочетание хронических (38,3 % и 40 %) и частых острых инфекционных заболеваний (76,6 % и 84 %), обуславливающих пропуск занятий в школе и посещения врачей, что также учитывается при анализе КЖ таких подростков. Совокупное влияние нескольких хронических соматических заболеваний, что нередко наблюдается при ГД, может усугублять неблагоприятное воздействие на организм ребенка других факторов.

На основании клинико-анамнестического анализа был сделан вывод о существенных различиях картины гипоталамической дисфункции в изолированном и в сочетании с избыточной массой тела вариантах. Среди соматических проявлений девочки с ГД предъявляли жалобы на недовольство своим внешним видом по сравнению со сверстницами. Было выявлено ускорение темпов физического развития, по данным рентгенологического исследования кистей рук наблюдалось опережение биологическим возрастом паспортного, и на фоне нарушений

метаболического обмена по сравнению с их отсутствием темпы начала и завершения физического созревания оказались выше (32 % и 34 %). По антропометрическим показателям для девочек с ГД характерна высокорослость (36,2 % и 56 %), особенно на фоне метаболических нарушений и ожирения (в 40 % случаев показатели роста по сравнению с возрастными нормативами «выше среднего»). Таким образом, у большинства девочек с ГД обеих групп (без и при наличии нарушений углеводного обмена) наблюдалось опережение биологического и полового развития в сопоставлении с паспортными данными, что согласуется с целой серией исследований (Артюкова, Коколина, 1997; Долженко, 2004; Сутурина, 2002). Ускоренное физическое развитие сопровождалось высокорослостью, причем среди девочек группы с метаболическими нарушениями высокие встречались чаще. Это говорит о том, что фенотип девочек с эндокринными нарушениями по типу ГД в настоящее время меняется, и для пациенток с ГД без нарушения углеводного обмена представлен высоким ростом, нормальной массой тела, ускоренным половым и физическим созреванием, а для пациенток с наличием метаболических нарушений – высоким ростом, ожирением, ускоренным половым и физическим созреванием, и это необходимо иметь в виду при диагностике заболевания у девочек-подростков.

Неудовлетворенности внешним видом девочек с гипоталамической дисфункцией в сочетании с метаболическими нарушениями и без таковых представлена жалобами на избыточную массу тела (17 % и 28 %) и ожирение различной степени выраженности (11 % и 60 %), повышенный рост волос на теле, в том числе в нетипичных для женщин местах: по верхнему краю губы, подбородку, вокруг сосков, по средней линии живота, на внутренней поверхности бедер (56 % и 62 %), трофические изменения кожи в виде полос растяжения белого и багрового цвета в области молочных желез, животе, на бедрах и пояснице (76 % и 66 %), повышенную сальность кожи и наличие угрей (44,6 % и 48 %), что формирует у девочек ощущение собственного несовершенства. По мнению ряда авторов, потеря привлекательности из-за возникшего заболевания способствует формированию комплекса неполноценности, акцентуации на своем состоянии и является причинами порой серьезных нарушений эмоциональной сферы, которые усугубляют тяжесть течения заболевания (Вейн, 2000; Долженко, 2004; Sarah, 2006; Wang, Wild, Kipp, Kuhle, Veugelers, 2009).

Структура психо-эмоциональных показателей, характерных для девочек-подростков с нарушениями менструального цикла при ГД без и при нарушениях обмена представлена в виде частых жалоб на упорные головные боли (40 % и 45 %), эмоциональную нестабильность, неуверенность в себе, в своих силах (24 % и 40 %), высокую тревожность, конфликтность, тошноту и рвоту при эмоциональной нагрузке (6 %

и 4 %), повышенную чувствительность к стрессовым воздействиям, головокружения и обмороки (17 % и 12 %), утомляемость и слабость (60 % и 44 %), расстройства сна (21 % и 16 %). Значимым отличием девочек исследуемых групп явилось преобладание (40 % против 20 %) эмоциональной лабильности, утомляемости и слабости (60 % против 44 %) в группе без метаболических нарушений. Во 2-ой группе (с нарушениями обмена) преобладали жалобы на повышение артериального давления (16 % против 4 %), боль в глазах (12 % против 4 %) и гиперпигментацию кожи. Перечисленные жалобы также препятствуют социальной адаптации подростков, обуславливают трудности в учебе, межличностных отношениях, ограничивают физическую и психическую активность подростков (Гилязутдинов, 2006; Иголкина, 2008).

Показано, что наиболее часто девочки-подростки с ГД обращают внимание на наличие нарушений репродуктивного здоровья в связи с нерегулярными менструациями с момента становления менструальной функции (76 % и 70 %) с развитием гипофункции яичников (88 % и 81,2 %), что представлено в большинстве случаев редкими менструациями (72 % и 59,6 %), с тенденцией к развитию вторичной аменореи (отсутствию менструаций в 21 % и 16 %). Среди девочек с редкими менструациями в 17 % и 16 % наблюдались маточные кровотечения подросткового периода. В обеих группах с ГД превалирующее число девочек жаловалось на болезненность в течение менструаций (56,7 % и 60 %). При исследовании своего образа у девушек в связи с их соматическими проявлениями по опроснику С. Бэм, отмечается тенденция к общей маскулинизации у пациенток с нарушениями репродуктивной сферы по сравнению с группой контроля, тем не менее, статистически незначимая, что может приводить к нарушению формирования женственности. Социально-типичский компонент у пациенток представлен более четким разделением стереотипных представлений о мужчине и женщине. При анализе результатов методики «рисунок человека» в модификации К. Махвер в подавляющем большинстве случаев во всех группах наблюдается непротиворечивость первичной гендерной идентификации. При анализе показателя удовлетворенности своим телом для девочек с маточными кровотечениями этот показатель оказался ниже (40 %), по сравнению с девочками с отсутствием менструаций и группой пациенток с регулярным менструальным циклом (70 % и 85 %). При сравнении параметра возможного материнства в будущем среди девочек с отсутствием менструаций, по сравнению с группой с маточными кровотечениями и контрольной значения были ниже (40 %, 70 % и 85 % соответственно). Было показано, что нарушения репродуктивного здоровья повышало у пациенток с ГД, особенно при наличии избыточной массы тела и ожирения критику к себе (30 % при регистрации аменореи и 20 % при маточных кровотечениях), по сравнению с группой контроля (без эндокринных

нарушений и с регулярным менструальным циклом – 15 %), и создавало психологические комплексы, особенно выраженные среди пациенток с отсутствием менструаций (20 %, 3 % и 12 % соответственно). Выявленные факторы, особенно на фоне эмоциональной напряженности, могут приводить к чувству собственной неполноценности и невротизации подростков и еще больше усугублять течение заболевания.

Таким образом, благодаря проведенной работе, дана интегральная оценка состояния здоровья современных девочек подросткового возраста с репродуктивными нарушениями, в том числе с позиций оценки качества жизни, сформулирован фенотип пациенток с учетом наличия нарушений обмена, представлена структура психо-эмоциональных и общесоматических показателей, влияющих на КЖ пациенток подросткового возраста с эндокринными нарушениями по типу гипоталамической дисфункции, что необходимо учитывать при ведении данных пациенток. Подростки с овариальными дисфункциями нуждаются в тщательном психологическом и соматическом обследовании, даже если они считают себя полностью здоровыми. В заключение следует отметить, что состояние репродуктивного здоровья и репродуктивные установки составляют репродуктивный потенциал молодежи страны, обеспечение которого возможно только на междисциплинарной основе, с участием как врачей, так и психологов.

Литература

1. Артюкова О. В. Гипоталамический синдром пубертатного периода / О. В. Артюкова, В. Ф. Коколина // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. 1997. – № 2.
2. Баранов А. А., Кучма В. Р., Сухарева Л. М. Оценка здоровья детей и подростков при проведении медицинских осмотров (руководство для врачей). – М.: Издательский Дом «Династия», 2004.
3. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика. /под ред. А. М. Вейна. – М.: Медицинское информационное агенство, 2000. – 752 с.
4. Гилязутдинов И. А. Нейроэндокринная патология в гинекологии и акушерстве: руководство для врачей/ И. А. Гилязутдинов, З. Ш. Гилязутдинова. – М.: МЕДпресс-информ, 2006.
5. Долженко И. С. Репродуктивное здоровье девочек до 18 лет (состояние, оценка, система мер по его сохранению): дис. . . . д-ра мед. наук: 14. 00. 01/ И. С. Долженко; Гос. Учр-е «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН». – М., 2004.
6. Иголкина М. В. Вегетативная дисфункция и гемодинамические нарушения у детей с гипоталамическим синдромом и их коррекция: дис. . . . канд. мед. наук: 14. 00. 09;/ Иван. гос. мед. акад. – Иваново, 2008.
7. Куликов А. М. . Кротин П. Н. Здоровье девушек: соматические и репродуктивные аспекты. – СПб., 2001.
8. Максимова Т . М., Белов В. Б., Лушкина Н. П. и др. Состояние здоровья, условия жизни и медицинское обеспечение детей в России. М.: ПЕР СЭ, 2008.

9. Миняева В. Л. Общественное здоровье и здравоохранение. учебник для студентов. Под ред. проф. В. Л. Миняева, проф. Н. И. Вишнякова. М.: – «МЕДпресс-информ», 2003.
10. Новик А. А. Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание/Под ред. акад. РАМН Ю. Л. Шевченко. – М.:ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007.– 320 с.
11. Родцевич О. Г. Тревога и депрессия в детско-подростковой соматической практике (алгоритмы диагностики и лечения): Учебно- методическое пособие / О. Г. Родцевич, А. Ф. Гулякевич, О. М. Радюк – Мн.: БелМАПО, 2006.
12. Стандартные принципы обследования и лечения детей и подростков с гинеко-логическими заболеваниями и нарушениями полового развития (настольная книга детского гинеколога)/ Е. В. Уварова [и др.] – М.: «Триада-Х», 2008.
13. Строев Ю. И. Эндокринология подростков / Ю. И. Строев, Л. П. Чурилов; под ред. А. Ш. Зайчика. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2004.
14. Сутурина Л. В. Гипоталамический синдром: основные звенья патогенеза, диагностика, патогенетическая терапия и прогноз: дис... д-ра мед. наук: 14. 00. 01/ Л. В. Сутурина; Ин-т педиатр. и репрод. чел-ка РАМН. – Иркутск, 2002.
15. Уварова Е. В. Детская и подростковая гинекология: руководство для врачей. – М.: Литтерра, 2009.
16. Early onset adiposity: A pathway to polycystic ovary syndrome in adolescents?/ E. Diamanti-Kandarakis [et al]// Hormones. 2007. V. 6, № 3.
17. Epidemiology of the Metabolic Syndrome/ B. James. [et al]// Am J Manag Care. 2002. V. 8, № 11.
18. Kapila J. Child Health Partnerships: a review of program characteristics, outcomes and their relationship/ J. Kapila, M. Kelaher, D. Dunt//BMC Health Serv Res. 2010. V. 10.
19. Landrigan P. J. Children's health and the environment public health issues and challenges for risk assessment/ P. J. Landrigan, C. A. Kimmel, A. Correa, B. Eskenazi//Environ Health Perspect. 2004. V. 112, № 2.
20. Landrigan Philip J. Genetics, Altruism, and the National Children's Study/Philip J. Landrigan, Leonardo Trasande, James M. Swanson//American Journal of Medical Genetics Part A. 2008. V. 146A, № 3.
21. Obesity and Diabetes in New York City, 2002 and 2004/Gretchen Van Wye [et al] // Prev Chronic Dis. 2008. V. 5, № 2.
22. S-A. Clarke, C. Eiser. The measurement of health-related quality of life (QOL) in paediatric clinical trials: a systematic review/ Clarke S-A., Eiser C. //Health and Quality of Life Outcomes. 2004, V. 2.
23. Sarah E. Association of Depression and Anxiety Disorders With Weight Change in a Prospective Community-Based Study of Children Followed Up Into Adulthood/E. Sarah [et al.]//Arch Pediatr Adolesc Med. 2006. V. 160, № 3.
24. Simpson L. A. Paying for Obesity: A Changing Landscape/L. A. Simpson [et al.] // PEDIATRICS. 2009. V. 123.
25. Wang F. The influence of childhood obesity on the development of self-esteem/F. Wang, T. C. Wild, W. Kipp, S. Kuhle and P. J. Veugelers// Statistics Canada, Catalogue no. 82-003-XPE. Health Reports. 2009. V. 20, № 2.
26. Waters E. The impact of childhood conditions and concurrent morbidities on child health and well-being/E. Waters [et al.]//Child: Care, Health and Development. 2008. V. 34, № 4.

ФЕНОМЕН ЧАСТО БОЛЕЮЩЕГО РЕБЕНКА: СОЦИОКУЛЬТУРНЫЙ АСПЕКТ

О. В. Волкова

*ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ*

Проблемам часто болеющих детей с точки зрения медицины посвящено много работ. В них уделяется достаточно внимания утяжелению состояния при нарастании частоты эпизодов общей респираторной вирусной инфекции (ОРВИ) (Андреева, Мусина, 1990; Игнатова, 1996; Иванов, 1993). В последние годы проявилась тенденция к проявлению заболеваний в более раннем возрасте. Общее количество заболеваний среди детей, в том числе детей дошкольного возраста, неизменно растет. Возросло число детей с функциональными расстройствами и хроническими болезнями. (Баранов, 1986; Игнатова, 1996). Неоднократно подтверждено, что особым фактором, влияющим на развитие личности человека, является его соматическое здоровье. В настоящее время проблема развития соматически больных людей является остроактуальной, что явилось следствием ухудшения экологической обстановки, снижения уровня здоровья родителей, уровня жизни семей, вредные привычки и т. д. (Бассин, 1972; Зейгарник, 1998; Веселов, 1996; Холмогорова, 2000; Исаев, 2001; Залевский, 2007; Ковалевский, 2007). По мнению В. В. Николаевой «любая хроническая болезнь независимо от того, какова ее биологическая природа и какой орган она поражает, ставит человека в психологически особые жизненные обстоятельства, или создает особую объективную социальную ситуацию развития психики человека» (Николаева, 1997).

В отношении социальной ситуации развития ребенка Л. С. Выготский также писал: «Следует признать, что к началу каждого возрастного периода складывается совершенно своеобразное, специфичное для данного возраста, исключительное, неповторимое отношение между ребенком и окружающей его действительностью, прежде всего социальной. Это отношение мы и назовем социальной ситуацией развития в данном возрасте. . . . Одна из величайших помех для теоретического и практического изучения детского развития – неправильное решение проблемы среды и ее роли в динамике возраста, когда среда рассматривается как нечто внешнее по отношению к ребенку, как обстановка развития, как совокупность объективных, безотносительно к ребенку существующих и влияющих на него самим фактом своего существования условий... Целостная деятельность ребенка, характерная для каждого его возраста, определяет те изменения в психике, которые впервые в этом возрасте возникают... и которые в самом главном и основном определяют сознание ребенка, его отношение к среде, его внутреннюю и внешнюю жизнь, весь ход его развития в данный период». Взрослый человек, по мнению

Л. С. Выготского, всегда является для ребенка центром любой ситуации, а смысл ситуации определяется для него именно этим социальным по своему содержанию центром (Выготский, 1982).

В ситуации часто болеющего ребенка имеют места два специфических фактора: патологический, связанный с частыми нарушениями функций дыхания, общей астенизацией и гиподинамией ребенка, и материнский, фиксирующий внимание ребенка на его слабости, болезненности, невозможности делать то, что делают другие дети. Формирующиеся образы – «природное» и «культурное» тела – являются основой самоидентичности ребенка и его начинающей формироваться системы отношений, в том числе и познавательной позиции по отношению к окружающему миру (Кравцова, 2011).

Включение родителями болезни в качестве значимого компонента в социальную ситуацию развития ведет к социальной дезадаптации. А. С. Спиваковская в своих работах говорит о том, что осознание в семье болезни как имеющегося факта, который не более других проблем определяет развитие ребенка и подростка, является способом успешной социальной адаптации и компенсации (Спиваковская, 1988).

Л. С. Выготский в своих работах писал, что в процессе развития изменяется иерархия между первичными и вторичными, биологически и социально обусловленными нарушениями. Развитие сложных психических процессов, характера, поведения проходит длительный путь формирования и неизмеримо больше зависит от окружающей среды (условий воспитания и обучения, характера общения и т. д.) (Выготский, 1982).

На необходимость научного понимания единства биологического и социального в человеке для правильной оценки взаимоотношений организма и личности и роли личности в болезни особое внимание обращает современная биопсихосоциоэтическая модель развития человека, изучающая человека с позиции системного и интегрированного подхода (Залевский, 2007).

В современных исследованиях родительское отношение описывается различными понятиями и терминами, которые определяются исходными теоретическими позициями авторов. Тем не менее, психологи не вступают друг с другом в противоречие и практически во всех определениях можно усмотреть исходную основу, которая задает двойственность или поляризацию родительского отношения. С одной стороны, главной характеристикой родительского отношения является любовь к ребенку, радость и удовольствие от общения с ним, стремление к его защите и безопасности, безусловное принятие и внимание, целостное отношение к нему. С другой – родительское отношение характеризуется требовательностью и контролем. И та, и другая характеристики обусловлены определенной родительской позицией и установками.

Психолого-педагогическое определение понятия «родительская позиция» предлагает А. С. Спиваковская. Она рассматривает это явление

как целостное образование, реальную направленность воспитательной деятельности родителей, возникающую под влиянием мотивов воспитания. Как совокупность трех компонентов: представления родителя о ребенке, отношение к нему и характер обращения с ним (Спиваковская, 1988). Многие психологи указывают на то, что различные родительские позиции оказывают непосредственное влияние на формирование социальной активности и личностные особенности ребенка.

Наблюдение за воспитанием детей в разных семьях, за поведением родителей по отношению к детям позволило выделить некоторую типологию родительской любви, дать описание различных типов родительского отношения. В современной психологии существует множество классификаций родительского отношения. Однако, анализируя типы родительского отношения, психологи пришли к выводу, что более точной будет оценка воспитания не в одном, а одновременно в нескольких аспектах. Поведение родителей представляется в системе координат, одна из осей которых отражает эмоциональный аспект отношений к детям, а другая – поведенческий.

Зарубежные авторы выделяют различные факторы, влияющие на преобладание существующего типа отношения к ребенку (Roff, 1949; Becker, 1964). Отмечается, что тип отношения к ребенку зависит не только от особенностей родителей, но и от особенностей самого ребенка, при этом любая типология родительского отношения находится в прямой зависимости от стиля семейного воспитания, характерного для той или иной системы межличностных отношений.

Е. В. Буренкова анализирует различные подходы к определению понятия «стиль семейного воспитания», выделяя среди них синтетическое воздействие на ребенка и формирование адаптивного к индивидуальной системе поведения; а также результат социально-психологического развития человека в целом. Стиль семейного воспитания как выбор основного направления в формировании поведения у ребенка характеризуется эмоциональным компонентом принятия или отвержения и соответствующими установками или «семейными правилами». Изучая взаимосвязь стиля семейного воспитания, личностных особенностей ребенка и стратегии поведения значимого взрослого, Е. В. Буренкова рассматривает ее как целостную систему, в которой каждое направление имеет нелинейную многомерную зависимость в психологическом пространстве (Буренкова, 2000).

Стиль семейного воспитания тесно связан с наличием у субъектов мотивационных синдромов (потребность в достижении, в аффилиации, ориентация на себя и др.) и влияет на формирование самооценки (Исаев, 1993; Ковалев, 1993). Обозначенные выше параметры стиля семейного воспитания оказывают непосредственное влияние на особенности родительского отношения к ребенку.

Кроме типов и стилей родительского отношения, ряд авторов выделяют его различные виды. В. М. Минияров классифицирует родительское отношение как отношение к деятельности ребенка, к использованию методов поощрения и наказания; отношение к ребенку, к окружающим людям, к нравственным ценностям, к мыслительной деятельности ребенка (Минияров, 2000). Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкис выделяют отношения к ребенку, социально-ролевые отношения, отношения интеграции развития семейных отношений, отношения взаимного влияния родителей и детей (Эйдемиллер, Юстицкис, 2000).

По исследованиям Дж. Бэйтсон соматическая болезнь ведет к нарушению нормального взаимодействия в семье и является способом избегания конфликта, она становится способом коммуникации и сохраняет равновесие семьи (Бэйтсон, 1979). Ребенок может участвовать в дисфункциональных процессах семьи, когда он «используется» для разрешения внутрисупружеского конфликта либо путем триангуляции, либо путем коалиции с одним родителем против другого, либо становится «объединяющей силой» родителей: они сосредоточиваются на его симптомах, их отношения урегулируются и они «обходят» имеющиеся проблемы и конфликты (Минухин, 1998).

Среди факторов, влияющих на отношение родителей к соматической болезни ребенка, выделяют следующие: невысокий уровень собственного здоровья; широкая информированность населения об опасностях тех или иных заболеваний, в результате которой родители испытывают постоянный страх за детей и окружают их гиперопекой; убежденность родителей в своих знаниях (или незнаниях) о конкретной болезни, о детских болезнях вообще.

В зависимости от этого одни родители сами лечат детей, другие «исправляют» назначения врачей, третьи водят ребенка от одного специалиста к другому. Эти обстоятельства проявляются различно в зависимости от индивидуальных психологических особенностей родителей. К примеру, тревожные, сосредоточенные на здоровье родители создают атмосферу страха, неуверенности, ожидания тяжелых болезней и плохого исхода заболевания. В то время как эгоистичные, стремящиеся к демонстративности родители, даже болезнь ребенка могут использовать для привлечения внимания к своей персоне. Очень уверенные в своих силах и возможностях, самонадеянные родители обычно недостаточно уделяют внимания ребенку вообще и во время болезни в частности. Дети, которым мало уделяли внимания до болезни, как правило, и во время нее не обеспечиваются всем необходимым, лишь некоторые родители перестраиваются и создают ребенку необходимые условия. В тех семьях, где ребенок был до болезни окружен чрезмерным вниманием, забота усиливается, родители стараются предугадать каждое желание ребенка, что может иметь негативные последствия. Во всех случаях

родители, замечая трудности ребенка, порождают вторичную тревогу, усугубляющую его болезненное состояние.

В дошкольном возрасте решающим фактором, определяющим образ жизни ребенка, формирования основ его личности, являются установки ближайших взрослых и особенно родителей. Очевидно, что позицию ребенка в отношении здорового образа жизни и его отношение к болезни определяет и формирует позиция родителей. Но, как показывают исследования, родители относятся к болезни либо пристрастно, с преувеличением степени страданий ребенка, либо игнорируя происходящие в ребенке изменения (Николаева, 1987). В то же время способы внедрения в массовое сознание людей значимости укрепления и сохранения здоровья и вообще понятие о здоровом образе жизни на сегодняшний день малоэффективны. Хотя известно, что личный пример родителей по формированию здорового образа жизни напрямую связан с развитием активной жизненной позиции ребенка (Усаков, 2000).

Социальная ситуация развития ребенка в условиях болезни меняется кардинальным образом. Это оказывает немаловажное влияние на динамику развития познавательных способностей соматически больных детей, развитии их личности и произвольного поведения. Не следует забывать, однако, рядом исследователей установлено, что развитие соматически больного ребенка не является замедленным, а является качественно иным. (Выготский, 1982; Ковалевский, 1997; Николаева, 1987).

В группу социальных факторов, влияющих на развитие предрасположенности к частым соматическим заболеваниям, входят вредные привычки, такие, как алкоголизм, наркомания родителей, курение в семье, а также использование по дороге в ясли-сад и обратно общественного транспорта. Кроме того, существуют исследования, которые показывают, что в число часто болеющих детей в основном входят дети, родители которых имеют более высокое социальное положение и образование. (Альбицкий, Баранов, 1986).

Психологические особенности часто болеющих детей достаточно подробно описаны разными авторами, которые связывали их со стойким эмоциональным напряжением ребенка и, в том числе, со сложностями в развитии произвольного поведения (Баранов, Альбицкий, 1986; Веселов, 1990; Исаев, 1993). Общее состояние таких детей характеризуется проявлениями, которые можно обозначить как: преневротические (нарушения сна, тики, патологические привычки, беспричинный плач); вегетодистонические (головокружения, головные боли, нарушения ритма сердцебиения, одышка, обмороки, повторные боли в животе, гиперемия кожи, отрыжка воздухом); соматические (жажда, булимия, рвота после еды, ожирение, непереносимость отдельных видов пищи, кожный зуд и высыпания) (Исаев, 1993).

Когда мы говорим о часто болеющих детях, мы имеем ввиду не диагноз, ведь практикующий врач имеет дело с клинически здоровым

ребенком, который подвержен периодическим заболеваниям из-за временных отклонений в защитных системах организма и не имеет стойких органических нарушений в них. Несмотря на большое количество общеукрепляющих и оздоровительных мероприятий, разработанных традиционной медициной, проблема помощи, в том числе развитие и обучение соматически больных детей, остается актуальной. Как показывает медицинская практика, лечение таких детей не дает устойчивых результатов, едва поправившись, они вскоре заболевают снова и вынуждены повторно проходить курс лечения (Журков, 1993). В результате жизнь часто болеющих детей замыкается внутри семьи, они лишаются естественного общения со сверстниками, что мешает их психическому развитию (Исаев, 1993).

Качественно иной характер развития соматически больного ребенка во многом обусловлен его личностными особенностями, субъективными знаниями и ощущениями и имеющимся у больного ребенка эталоном здоровья, а не объективной тяжестью заболевания. Все это определяет своеобразное адаптивное поведение ребенка в ситуации болезни. Болезнь сужает пространство возможной активности человека, создает дефицитарные условия для развития его личности, может спровоцировать кризис психического развития, привести к появлению новообразований как нормального, так и патологического типа и тем самым изменить жизненный опыт человека.

К психологическим особенностям развития личности часто болеющего ребенка можно отнести преобладание позиции «малоценности», ущербности; отношение к себе непосредственно-чувственное (Николаева, 1987); для часто болеющих детей характерно приписывание себе отрицательных эмоций, таких, как горе, страх, гнев и чувство вины (Арина, Коваленко, 1995); выражена тревожность, неуверенность в себе, зависимость от чужого мнения (Румянцев, Касаткин, 1996); у больного ребенка формируется негативное представление о собственной личности; отмечается неустойчивая оценка болезни, нарастание пессимизма и депрессивности; изменяется иерархия мотивов, снижается их побудительная сила. Изменение социальной ситуации развития приводит к задержке развития личности – инфантилизму; в младшем и среднем дошкольном возрасте у часто болеющих детей более выражена тенденция к адекватной самооценке, чем у их здоровых сверстников, но она во многом зависит от типа семейного воспитания; основная направленность желаний часто болеющих детей обращена на предотвращение болезненных симптомов и избегание страданий, в то время как у их здоровых сверстников преобладают желания, направленные на преобразование окружающей среды и на взаимодействие с другими людьми (Ковалевский, 1997).

К особенностям познавательной деятельности старших дошкольников, относящихся к группе часто болеющих детей можно причислить истощаемость психической деятельности, которая проявляется

в значительном снижении показателей умственной работоспособности; трудности переключения внимания, снижение продуктивности воспроизведения; снижение продуктивности внимания (у часто болеющих детей меньшие показатели объема, точности и устойчивости внимания; статистически достоверное уменьшение уровней развития творческого воображения (часто болеющие старшие дошкольники); меньший объем произвольной зрительной памяти; более позднее формирование моделирующих перцептивных действий по сравнению со здоровыми детьми; большая эмоциональность, выразительность монологической речи, но меньшая самостоятельность, полнота и логическая последовательность (Ковалевский, 1997). Кроме того, существуют специфические особенности межличностного взаимодействия и деятельности часто болеющего ребенка. К ним относятся: ограниченность круга общения больного ребенка, объективная зависимость от взрослых (родителей, педагогов), стремление получить от них помощь.

К факторам, детерминирующим развитие, относятся: преобладание симбиотического, симбиотически – авторитарного, привязывающее – подавляющего стилей родительского отношения к ребенку (Ковалевский, 1997; Николаева, 1987). Родители фиксируют внимание ребенка на болезненных проявлениях, вводя различные запреты и ограничения; наблюдается скованность, замкнутость детей; они менее контактны и общительны (Арина, Коваленко, 1995); утрачивается непосредственность общения со взрослыми и детьми, нет радости от совместных игр и развлечений; нередки случаи отказа от выполнения режима дня, неподчинения старшим, упрямства; ограничена игровая деятельность (ее возможности и проявления) и как следствие – двигательная потребность ребенка. (Исаев, 1993; Николаева, 1987).

Значительное влияние на развитие соматически больного ребенка старшего дошкольного возраста оказывает внутренняя картина болезни (ВКБ). Д. Н. Исаев изучал ВКБ соматически больного ребенка, как комплекс факторов различной природы, влияющих на проявление и течение заболевания ребенка: отношения в семье, успеваемость, наличие и характер внутрисемейных конфликтов. Автор выделяет следующие составляющие ВКБ детей: объективные проявления болезни, особенности эмоционального реагирования личности, уровень интеллектуального функционирования, личный опыт (общежитейский и перенесенные заболевания), полученная и получаемая информация о здоровье, внутренних органах, болезни, ее причинах, лечении, смерти, отношение родителей и других лиц из окружения ребенка к его заболеванию, влияние медперсонала и врача на заболевшего, наличие других стрессоров. Д. Н. Исаев отмечает, что понимание происходящего в организме, возможность оценки болезненных переживаний зависят у ребенка от уровня психического развития (Исаев, 1993).

Важным социальным фактором, располагающим к частым соматическим заболеваниям, является факт поступления и посещения ребен-

ком детского дошкольного учреждения, которое, в свою очередь, сопровождается такими стрессогенными факторами как длительное расставание с родителями и домашними; попадание в незнакомую, новую по организации и структуре предметно-пространственную среду; длительный контакт с чужими детьми, воспитателями, персоналом, мотивы которых непонятны, действия незнакомы и непредсказуемы (Румянцева, Касаткин, 1996).

В целом анализ медико-психолого-педагогических характеристик часто болеющих детей показал, что социальная ситуация их развития является качественно иной по сравнению со здоровыми сверстниками. Внешними, социальными факторами, определяющими развитие детей являются характер взаимоотношений соматически больного ребенка со взрослыми и сверстниками, особенности адаптации ребенка к образовательному учреждению, активность его в процессе деятельности и общения, субъективная позиция в отношении здоровья (осознание болезни на различных уровнях).

Подводя итог вышесказанному, можно сделать вывод о том, что наибольшее влияние на формирование внутренней картины болезни оказывает та система отношений в семье, которая складывается вокруг ребенка. Отношение родителей к детям постоянно меняется под влиянием тех или иных доминирующих факторов, приобретая черты то одного, то другого стиля родительского отношения. Кроме того, клинические, клинико-психологические и педагогические исследования указывают на то, что соматическая болезнь является кризисной ситуацией для ребенка и его семьи. С появлением у ребенка соматической симптоматики начинается процесс взаимодействия семьи с этой проблемой, то есть соматическое заболевание влияет непосредственно на развитие детско-родительских отношений. В связи с тем, что соматическое заболевание часто развивается у ребенка в раннем возрасте или является врожденным, устранить его влияние или изменить родительское отношение достаточно трудно. В семьях, имеющих больного ребенка, нарушается психологическая система взаимоотношений, результатом чего является ее дефицитность, которая проявляется в проблемах в отношениях с матерью, вытеснении отца из психологической жизни семьи, и как следствие, нарушение нормального формирования личности ребенка. Уклад жизни конкретной семьи формирует общие привычки в еде, влияет на отношение к физической активности, вырабатывает определенные способы выражения эмоций. В семье дети обучаются отношению к собственному телу, здоровью и болезни, поведению ребенка во время заболевания.

Соответственно, для решения любой психолого-педагогической задачи в условиях болезни ребенка необходимо учитывать стиль взаимоотношений в семье, наличие «семейных стереотипов» в отношении болезни-здоровья. Большую роль при этом играет присутствие благополучного эмоционально-психологического климата в семье и эффективного, адекватного родительского отношения к соматически больному ребенку.

Литература

1. Альбицкий В. Ю. Часто болеющие дети: клинико-социальные аспекты. Пути оздоровления. / В. Ю. Альбицкий, А. А. Баранов. – Саратов, 1986. – 183 с.
2. Андреева Е. И. Патогенетические основы врачебной тактики оздоровления часто болеющих детей, посещающих дошкольные учреждения / Е. И. Андреева, Б. К. Мусина // Педиатрия. – 1990. – № 9. – С. 63-67.
3. Арина Г. А. Часто болеющие дети. Какие они? / Г. А. Арина, Н. А. Коваленко // Школа здоровья. – 1995. – Т. 2, № 3. – С. 116-125.
4. Баранов А. А. Организация оздоровления часто болеющих детей в яслях-садах. / А. А. Баранов, В. Ю. Альбицкий, И. И. Пуртов // Вопросы охраны материнства и детства. – 1986. – № 8. – С. 65-67.
5. Бассин Ф. В. О современном подходе к проблеме психологических факторов болезни / Ф. В. Бассин // Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней: Тез. докл. науч. – практ. конф. – М., 1972. – С. 25-33.
6. Буренкова Е. В. Исследование взаимосвязи стиля семейного воспитания, личностных особенностей ребенка и стратегии поведения значимого взрослого: автореф. дис... канд. психол. наук: Спец.: 19. 00. 01/ Е. В. Буренкова. – Пенза, 2000. – 34 с.
7. Веселов Н. Г. Принципы организации и система оздоровления часто болеющих детей в условиях детских дошкольных учреждений / Н. Г. Веселов, Е. Ю. Кузнецова, Г. К. Ермакова, Н. Н. Яременко с соавт. – Л.: 1990. – 55 с.
8. Выготский Л. С. Развитие личности и мировоззрение ребёнка / Л. С. Выготский // Психология личности. Тексты. – М.: Педагогика, 1982. – Т. 5.
9. Журков Е. Г. Состояние здоровья детей, посещающих дошкольные учреждения / Е. Г. Журков. – М., 1991. – 158 с.
10. Залевский Г. В. Личность и фиксированные формы поведения / Г. В. Залевский // Серия: Достижения в психологии. – М.: Издательство «Институт психологии РАН», 2007. – 336 с.
11. Зейгарник Б. В. Опосредствование и саморегуляция в норме и патологии / Б. В. Зейгарник // Вестник МГУ: Серия Психология. – 1981. – № 2. – С. 9-15.
12. Иванова В. И. Смысл болезни в контексте семейных взаимоотношений / В. И. Иванов // Вестник МГУ. – 1993. – № 1. – С. 31-38.
13. Игнатова Л. Ф. Состояние здоровья детей как критерий готовности к обучению в школе / Л. Ф. Игнатова // Школа здоровья. – 1996. – № 4. – С. 84-85.
14. Исаев Д. Н. Психология больного ребенка / Д. Н. Исаев. – СПб., 1993. – 75 с.
15. Ковалев Г. А. Психическое развитие ребенка и жизненная среда / Г. А. Ковалев // Вопросы психологии. – 1993. – № 1. – С. 93.
16. Ковалевский В. А. Развитие личности соматически больного дошкольника, младшего школьника и подростка / В. А. Ковалевский. – Красноярск, 1997. – 122 с.
17. Кравцова Н. А. Самооценка и «я» функции личности подростков, страдающих психосоматическими расстройствами. / Материалы Международной науч.-практ. конф. Проблемы здоровья личности в теоретической и прикладной психологии: / Под ред. Н. А. Кравцовой. Владивосток: Изд-во Мор. Гос. ун-т им. Г. И. Невельского, 2011. 366 с. – С. 139-146.
18. Минияров В. М. Психология семейного воспитания (диагностико-коррекционный аспект)/ В. М. Минияров/ М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2000. – 256 с.
19. Минухин С., Фишман Ч. Техники семейной терапии / Пер. с англ. А. Д. Иорданского. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998.

20. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику / В. В. Николаева. – М., 1987. – 166 с.
21. Румянцев А. Г. Часто болеющие дети. Традиционный взгляд. / А. Г. Румянцев, А. Г. Касаткин // Школа здоровья. – 1996. – № 2. – С. 41-47.
22. Спиваковская А. С. Профилактика детских неврозов (комплексная психологическая коррекция) / А. С. Спиваковская. – М.: Изд. МГУ, 1988. – 200 с.
23. Усаков В. И. Программно – методическое обеспечение оздоровительного воздействия физической культуры в условиях семьи, детского сада, школы: автореф. дисс...докт. пед. наук: Спец.: 13. 00. 04 / В. И. Усаков. – Омск, 2000. – 40 с.
24. Холмогорова А. Б. Соматизация: история понятия, культуральные и семейные аспекты, объяснительные и психотерапевтические модели / А. Б. Холмогорова, Н. Гаранян // Московский психотерапевтический журнал. – 2000. – № 2. – С. 5-50.
25. Эйдемиллер Э. Г. Психология и психотерапия семьи / Э. Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. – СПб.: Изд-во «Питер», 2000. – 656 с.
26. Bateson G. Mind and nature: A necessary unity / G. Bateson. – New York: Dutton, cop. 1979. – 238 p.
27. Becker N. Consequences of different kinds of parental discipline / N. Becker // Review of Child Development Research. / Eds.: Hoffman L., N. Y. – 1964. – P. 47.
28. Roff M. A. A factorial study of the falls parent behavior scales / M. A. Roff. – Child Development, 1949. – V. 20. – 243 p.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ КОМПОНЕНТОВ, ТРЕВОЖНЫХ И ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Е. Л. Давыдов

*ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ*

Данные эпидемиологических исследований сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), проведенных за последние годы российскими и зарубежными исследователями свидетельствуют, что наличие таких факторов риска, как гиперхолестеринемия, курение, низкая физическая активность, избыточная масса тела, наследственность недостаточны для объяснения ССЗ. Классические факторы риска способны объяснить лишь около половины случаев этого заболевания (Шальнова и соавт., 2006). Значительное число случаев ССЗ наблюдалось у лиц, не имевших большинства из этих факторов риска. Психосоциальные факторы объясняют 40-50 % ССЗ, не связанных со стандартными факторами риска (Чазов и соавт., 2007; Штарик, 2010). В настоящее время не подлежит сомнению связь психосоциальных явлений с развитием артериальной гипертонии (АГ) (Friedman, Rosenman, 1959; Steptoe, 1981).

По данным Е. И. Чазова (2007) отмечается, что одной из основных причин, способствующей росту заболеваемости и смертности населения

в России является состояние хронического стресса, по его данным, возросли психоэмоциональное напряжение, стресс, истощение жизненных сил и депрессия.

Ни одно заболевание в настоящее время не рассматривается, как чисто психосоматическое. Среди психологических факторов в развитии АГ большое значение имеют особенности мотивации, характерологические свойства, эмоциональные состояния и способы эмоционального реагирования на стрессовые ситуации, способы преодоления стрессовых ситуаций, защитные механизмы, тип поведения, привычки. Тревно-депрессивные состояния является одной из основных причин низкой приверженности к лечению пациентов с АГ, выполнению рекомендаций по реабилитации и вторичной профилактике (Давыдов и соавт., 2011).

Одной из самых трудных с точки зрения диагностики, лечения и контроля таких расстройств является группа пожилых больных АГ. Достоверно установлено, что распространенность тревожно-депрессивных расстройств увеличивается в популяции с возрастом (Харьков, Давыдов, 2010). По данным Р. Г. Оганова и соавт. (2005) уровень депрессии повышается примерно в 1,5 раза на каждые 10 лет жизни; по сравнению с 20-летними пациентами частота развития данных расстройств выше в 2,5 раза в 50 лет, а в 80 лет – в 5,5 раз.

Цель исследования: Оценить уровень тревожных и депрессивных расстройств у пациентов старших возрастных групп с артериальной гипертонией.

Материалы и методы: Обследовано 426 больных АГ II – III стадии (по рекомендациям ВНОК–2010 и ESH/ESC–2009). В первую группу вошли 211 лиц пожилого возраста (60–74 года – по классификации ВОЗ (1963 г.), из них 77 мужчин (средний возраст – 67,08; 95 % доверительный интервал (ДИ) (66,07 – 69,09)) и 134 женщины (средний возраст – 67,39; ДИ (66,66 – 68,11)). Вторая группа состояла из 107 пациентов старческого возраста (75 лет и старше) – 45 мужчин (средний возраст – 81,35; ДИ (80,20 – 80,50)) и 62 женщины (средний возраст – 79,49; ДИ (78,53 – 80,46)). Группу сравнения составили 108 больных (45–59 лет) – 44 мужчины (средний возраст – 53,70; ДИ (52,54 – 53,87)) и 61 женщина (средний возраст – 53,57; ДИ (53,02 – 54,52)).

Оценка тревожности проводилась с помощью теста Спилбергера в модификации Ю. Л. Ханина (1978), который состоит из двух самостоятельных подшкал для измерения ситуативной (СТ) и личностной тревожности (ЛТ).

Подшкала СТ измеряется набором из 20 суждений (10 из них характеризуют наличие напряжённости, беспокойства, озабоченности, 10 – отсутствие тревоги), с их помощью опрашиваемый описывает своё состояние в данный или какой-либо другой определённый момент. Подшкала ЛТ также состоит из 20 суждений, где испытуемому предлагают оценить

насколько часто он себя данным образом чувствует. Итоговые показатели подшкал СТ и ЛТ оценивают в баллах: 20-35 – низкий; 36-50 – нормальный; 51-60 – повышенный; 61-70 – выраженный; 71 – 80 баллов – высокий уровни тревожности по каждой шкале.

Для определения депрессивного статуса пациенты заполняли шкалу депрессии, предложенную Центром эпидемиологических исследований CES-D (Center for Epidemiologic Studies – Depression) (Андрющенко и соавт, 2003). Опросник состоит из 20 суждений, которые позволят выявить расстройства депрессивного спектра (РДС) – истероидно-депрессивные, депрессивно-ипохондрические состояния, аффективную патологию, так и собственно депрессивное состояние (ДС). По этой шкале результат до 18 баллов оценивают как нормальный показатель; свыше 18 – до 24 баллов – РДС; свыше 24 баллов – ДС.

Результаты исследований вносились в протоколы и базу данных. Для статистической обработки данных использовали программу SPSS v. 19. Для определения значимости различий при множественных сравнениях использовали критерий Краскела–Уоллиса, при попарном сравнении – критерий Манна–Уитни с поправкой Бонферрони. Для сравнения относительных показателей использовали критерий χ^2 . Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение: Анализ тревожности по шкале СТ выявил, что у мужчин старческого возраста отмечается низкий уровень этого показателя (33,71 балла), во всех остальных группах уровень СТ был нормальным (35,42 – 37,35 балла). Выявлены достоверные различия в уровне тревожности между мужчинами старческого возраста и группы сравнения ($p=0,010$), а также между мужчинами и женщинами данной возрастной группы ($p=0,013$). По шкале ЛТ отмечается повышенный уровень тревожности у женщин пожилого возраста и группы сравнения (51,01 и 51,69 баллов соответственно), в остальных группах пациентов уровень ЛТ был нормальным (45, 24 – 48,95 баллов). Выявлены достоверные различия в показателях ЛТ между женщинами старческого возраста и женщинами других возрастных групп ($p=0,045$ и $p=0,005$ соответственно), а также достоверные гендерные различия во всех возрастных группах ($p=0,003$; $p=0,017$; $p=0,0001$ соответственно) у женщин по сравнению с мужчинами.

При оценке уровня тревожности по шкале СТ внутри групп выявлено, что большинство пациентов независимо от возраста имеют низкий уровень тревожности, кроме мужчин старческого возраста и группы сравнения (от 48,9 % до 71,1 %). Отмечен достоверно низкий уровень таких пациентов в группе мужчин старческого возраста по сравнению с группой сравнения ($p=0,004$).

В то же время среди пациентов этой когорты преобладают лица с нормальным показателем тревожности (59,1 %), который достоверно

выше по сравнению с мужчинами старших возрастных групп ($p=0,038$ и $p=0,004$ соответственно). Более высокий уровень тревожности по этой шкале у пациентов контрольной группы можно объяснить наличием большего количества стрессирующих факторов – на работе и в семье (так совместно с детьми проживают 51,2 % пациентов – мужчин контрольной группы и только 31,5 % и 16,7 % пациентов старших возрастных групп соответственно).

Уровень тревожности по шкале ЛТ внутри групп показывает, что в большинстве подгрупп, кроме женщин пожилого возраста и группы сравнения отмечается нормальный уровень тревожности (от 60,5 % до 72,5 %). У женщин вышеуказанных групп этот показатель достоверно ниже по сравнению с женщинами старческого возраста ($p=0,005$ и $p=0,004$ соответственно), а также по сравнению с мужчинами своего возраста ($p=0,004$ и $p=0,0001$). В тоже время у женщин этих подгрупп отмечается повышенный уровень тревожности, он достоверно выше по сравнению с женщинами старческого возраста ($p=0,023$ и $p=0,001$), и в сравнении с мужчинами своего возраста ($p=0,016$ и $p=0,0001$), а у женщин старческого возраста уровень ЛТ достоверно выше по сравнению с мужчинами своего возраста ($p=0,011$). Выраженный уровень тревожности по шкале ЛТ достоверно выше у женщин пожилого возраста по сравнению с контрольной группой ($p=0,001$), однако из-за небольшого количества респондентов с таким уровнем тревожности, эти данные нельзя назвать ревалентными. Таким образом, можно говорить о гендерных отличиях в уровне личностной тревожности у пациентов. Отмечено снижение с возрастом уровня тревожности по шкале ЛТ у женщин (57, %, 44,4 % и 27,4 % соответственно), что вероятно связано с уменьшением стрессирующих факторов, модификацией своего поведения.

При оценке уровня тревожности внутри каждой возрастной и гендерной групп установлено (табл. 2), что по шкале СТ у мужчин пожилого возраста достоверно преобладали лица с низким уровнем тревожности по сравнению с лицами имеющими нормальный и повышенный уровень тревожности ($p=0,035$ и $p=0,0001$ соответственно), у мужчин старческого возраста также достоверно преобладали лица с низким уровнем тревожности по сравнению с лицами имеющими нормальный уровень тревожности ($p=0,0001$). У женщин во всех возрастных группах достоверной разницы между низким и нормальным уровнем тревожности по шкале СТ получено не было ($p=0,808$; $p=0,150$ и $p=0,724$).

При оценке уровня тревожности по шкале СТ внутри подгрупп выявлено, что у мужчин во всех возрастных группах преобладали лица с нормальным уровнем тревожности, который был достоверно выше во всех подгруппах по сравнению с низким и повышенным уровнем тревожности (от $p=0,034$ до $p=0,0001$). У женщин по шкале СТ в контрольной группе и группе пожилого возраста выше количество лиц с повышенным уровнем тревожности, этот показатель достоверно выше по сравнению

с лицами с низкой и нормальной тревожностью ($p=0,0001$ и $p=0,013$) в контрольной группе, и достоверно выше по сравнению с низким показателем тревожности у пожилых ($p=0,0001$). У женщин старческого возраста достоверно преобладают лица с нормальным уровнем тревожности ($p=0,0001$ и $p=0,0001$ соответственно).

При оценке депрессивного статуса у пациентов отмечается, что во всех возрастных и гендерных группах, за исключением мужчин из группы сравнения, средний показатель в группах соответствует уровню РДС. Имеются достоверные различия в уровне депрессивного состояния у мужчин и женщин старческого возраста по сравнению с теми же гендерными подгруппами из группы сравнения ($p=0,0001$ и $p=0,043$ соответственно), а также различия внутри групп сравнения и пожилого возраста по полу ($p=0,002$ и $p=0,004$). У мужчин контрольной группы по результатам исследования наблюдается тенденция к достоверности ($p=0,051$) по сравнению с лицами пожилого возраста, у мужчин пожилого возраста наблюдается такая же тенденция ($p=0,062$) по сравнению с результатами у мужчин старческого возраста.

При сравнительной оценке уровня депрессивного статуса выявлено, что у женщин пожилого и старческого возрастов, а также у мужчин старческого возраста преобладали расстройства депрессивного спектра (от 42,2 % до 56,5 %), при этом данный показатель в группе женщин старческого возраста был достоверно выше по сравнению с группой контроля ($p=0,008$). В остальных группах преобладали показатели в пределах нормы (от 34,1 % до 70,5 %), отмечено достоверное преобладание мужчин пожилого возраста и группы сравнения, по сравнению мужчинами старческого возраста ($p=0,001$ и $p=0,0001$ соответственно) и женщин группы сравнения, имеющих достоверно более высокие показатели. по сравнению с другими подгруппами ($p=0,0001$ и $p=0,0001$ соответственно).

Также в своих возрастных подгруппах отмечено достоверное преобладание мужчин пожилого возраста и группы сравнения по сравнению с женщинами ($p=0,001$ и $p=0,015$ соответственно). Во всех возрастных и гендерных подгруппах отмечается умеренное число пациентов с выраженным депрессивным синдромом (набравших свыше 24 баллов), причем этот показатель достоверно выше у женщин старших возрастных групп по сравнению с мужчинами этого возраста и достоверно выше ($p=0,06$) у женщин группы сравнения. У мужчин отмечается достоверно высокий показатель выраженного ДС в пожилом возрасте по сравнению с группой сравнения ($p=0,032$), и тенденция к достоверности в старческом возрасте ($p=0,053$) по сравнению с этой же группой. Как видно из таблицы 4, с возрастом повышается количество расстройств депрессивного спектра (27,3 % и 32,8 % у мужчин и женщин группы сравнения и 53,6 и 56,5 % в старческом возрасте соответственно), однако распространение ДС сопоставимо во всех возрастных и гендерных группах

(15,5-23,3 %), кроме мужчин группы сравнения – у которых этот показатель достоверно ниже (2,2 %).

При оценке уровня депрессивного состояния внутри подгрупп выявлено, что у мужчин и женщин группы сравнения, а также мужчин пожилого возраста преобладали когорты лиц с нормальными показателями, при этом у мужчин обеих возрастных групп эти показатели были достоверно выше по сравнению с когортами лиц с расстройствами депрессивного спектра (($p=0,001$ и $p=0,0001$) и депрессией ($p=0,0001$ и $p=0,0001$ соответственно). У женщин группы сравнения имеются достоверные различия с пациентами этой же подгруппы с депрессией (($p=0,001$). В обеих гендерных подгруппах старческого возраста отмечается преобладание пациентов депрессивного спектра, которое достоверно выше у женщин этой подгруппы по сравнению с лицами с нормальными показателями и депрессий ($p=0,0001$ и $p=0,0001$ соответственно), у мужчин этот показатель достоверно выше у лиц с депрессией ($p=0,0001$) и имеет тенденцию к достоверности по сравнению с пациентами с имеющими нормальные показатели ($p=0,056$). Среди женщин пожилого возраста, пациентов с депрессивными расстройствами достоверно больше, чем лиц с депрессией ($p=0,001$).

Как видно из представленных результатов прослеживается тенденция к нарастанию с возрастом депрессивных расстройств, с определенными гендерными различиями, если у женщин нарастают расстройства депрессивного спектра (32,8 % в группе сравнения и 56,5 % в старческом возрасте), в то время как уровень депрессии оставался без значительных динамических колебаний (20,3 %; 23,3 % и 19,3 % соответственно), то у мужчин с возрастом нарастают как расстройства депрессивного спектра (27,3 % в контрольной группе, 53,3 % в старческом возрасте), так и депрессии (2,2 %; 15,5 % и 13,4 % соответственно).

Наши данные несколько отличаются от результатов С. Ю. Штарик и соавторов (2010), где было показано, что уровень тревожности у пациентов с АГ, особенно по шкале СТ был выше, чем в нашей работе. Вполне возможно, что это связано с тем, что в данное исследование были включены пациенты трудоспособного возраста – от 18 до 64 лет – без разделения на возрастные группы. Наши данные совпадают с данными полученными Р. Г. Огановым и соавторами в исследовании КОМПАС (2005), где при использовании опросника CES-D установлено, что женщины чаще, чем мужчины страдают ДС и РДС, с возрастом распространенность и уровень депрессивных расстройств увеличиваются, по данным авторов, таких пациентов к 80 годам в 2 раза больше, чем у лиц в возрасте 50 лет.

Выводы: Таким образом, пациенты с артериальной гипертонией, как старших возрастных групп, так и группы сравнения имеют нормальный уровень тревожности по шкале ситуативной тревоги. Однако, женщины пожилого возраста и группы сравнения имеют повышенный уровень тревожности по шкале личностной тревожности.

Выявлено, что по шкале личностной тревожности имеются гендерные отличия, с возрастом происходит снижение уровня тревожности по данной шкале у женщин с артериальной гипертензией.

При оценке депрессивного статуса во всех возрастных и гендерных группах, (кроме мужчин группы сравнения) средний показатель соответствует уровню расстройств депрессивного спектра.

По данным теста CES-D с возрастом у мужчин отмечается нарастающие расстройства депрессивного спектра и депрессии, у женщин нарастают расстройства депрессивного спектра, уровень депрессии с возрастом остается без динамики.

Литература

1. Андрияшченко А. В., Дробижев М. Ю., Добровольский А. В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS(d) в диагностике депрессий в общей медицинской практике // Журн. неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. – 2003. – № 5. – С. 11-18.
2. Давыдов Е. Л., Харьков Е. И. и др. Комплаенс больных артериальной гипертензией старших возрастных групп // Мед. вестн. МВД. – 2011. – № 4.
3. Оганов Р. Г., Погосова Г. В. Шальнова С. А., Деев А. Д. Депрессивные расстройства в общей медицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога // Кардиология. – 2005. – №8.
4. Ханнин Ю. Л. Исследование тревоги в спорте // Вопр. психологии. – 1978. – № 6. – С. 92-99.
5. Харьков Е. И., Давыдов Е. Л. Особенности качества жизни и психологические характеристики больных пожилого возраста с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и пути коррекции последних // Рос. кардиолог. журн. – 2010. – № 3. – С. 53-57.
6. Харьков Е. И., Давыдов Е. Л., Шульмин А. В. Пожилой пациент и артериальная гипертензия: особенности течения и терапии (Сообщение I) // Сиб. мед обозр. – 2010. – №3. – С. 3-8.
7. Чазов Е. И., Оганов Р. Г., Погосова Г. В. и др. Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике: у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): результаты многоцентрового исследования // Кардиология. – 2007. – № 3 – С. 28-37.
8. Шальнова С. А., Баланова Ю. А., Константинов В. В. и др. Артериальная гипертензия: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов и эффективность лечения среди населения Российской Федерации // Рос. кардиолог. журн. – 2006. – № 4. – С. 45-50.
9. Штарик С. Ю. Взаимосвязь повышенного уровня тревоги и артериальной гипертензии // Сиб. вестн. психиатр. и наркол. – 2010. – № 2. – С. 69-73.
10. Штарик С. Ю. Коморбидность депрессии, артериальной гипертензии и курения // Учен. зап. СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. – 2009. – № 4. – С. 140-141.
11. Friedman M., Rosenman R. H. Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings // J. Amer. Med. Ass. 1959. – № 11. – P. 1286-1296.
12. Jenkins C. D. Psychosocial and behavioral factors // Prevention of coronary heart disease. Philadelphia, Saunders, 1983. – P. 98-112.
13. Steptoe A. Psychological factors in cardiovascular disorders. London: Academic. Press, 1981. – 286 p.

СОЧИНЕНИЕ СКАЗОК ПРО ДЕТЕЙ КАК СПОСОБ РЕШЕНИЯ ДЕТСКИХ ПРОБЛЕМ

Е. М. Карпинская

БУ «Детская республиканская клиническая больница»

Концепция сказкотерапии основана на идее ценности метафоры как носителя информации: о жизненно важных явлениях; о жизненных ценностях; о внутреннем мире автора (в случае авторской сказки). Первые знания о законах и явлениях жизни человек получает из сказок, притч, легенд и мифов. Правда, информация, заложенная в метафоре, носит неконкретный характер. Иносказательная форма информирования побуждает читателя или слушателя к собственным размышлениям, формирует ряд вопросов, поиск ответа на которые стимулирует развитие личности. «Сказки – это лекарство. Они обладают целительной силой, не заставляя нас делать, быть, действовать, – достаточно слушать их. В сказках содержатся средства, позволяющие исправить или возродить любую утраченную душевную пружину» (Эстес, Бегущая с волками.)

Итак, душа, сознание, чувства человека в процессе соприкосновения со сказками учатся «слышать наставления и приобретать знания». Обычно большая часть информации, которая передается через метафору, воспринимается правым полушарием головного мозга, отвечающим за образное мышление и эмоции. Особенно это справедливо для детей до двенадцати лет. Сказкотерапевту необходимо создать символический мост между полушариями. Это и есть главное правило работы со сказками. Что будет, если мы построим работу только на работе правого полушария? Мы воспримем образы, эмоции, энергоинформационное поле сказки, но нам будет сложно выделить в ней те структуры, которые помогут глубже понять внутренний мир автора и сформулировать перспективные задачи работы с ним. С другой стороны, если мы будем работать со сказкой, отдавая приоритет левому полушарию, мы рискуем ее «прооперировать» аналитическим «скальпелем».

Поэтому при работе со сказкой мы стараемся построить «мост» между полушариями. Используем трепет образного восприятия и качественный логический анализ. Какой подход к анализу авторских сказок правильный?» Многих вводит в заблуждение многообразие трактовок известных сказок разными современными исследователями. Дело в том, что современная интерпретация старых сказок связана с парадигмой исследователя. Прежде чем перейти к анализу авторских сказок поставим несколько вопросов, касающихся сказки вообще.

Что такое сказка? Допустим, зашифрованное знание. Но зачем знание прятать? Вероятно, затем, чтобы из-за незрелости сознания читателя (или интерпретатора) не исказить картину мира, как внешнего, так и внутреннего. Когда сказку сочиняет наш пациент, его бессознательное

«шифрует» информацию об актуальных внутренних процессах в образах и сюжете истории. Поэтому, в какой бы парадигме мы ни работали, важно сохранять целостное представление о внутреннем мире автора и производить «расшифровку» очень деликатно.

Что зашифровано в сказках, мифах, притчах, легендах, помимо основных положений теорий личности? Мы знаем, что, в общем виде, сказка несет информацию:

- о динамике личностного развития человека;
- о разнообразных ситуациях, которые встречаются в жизни;
- об устройстве мира, Вселенной;
- о древних обрядах и ритуалах.

Иногда даже в «клиентских сказках» можно найти отголоски древних знаний. Поэтому их игнорировать нельзя.

Как «работают» сказки, мифы, легенды? Сказки возвращают ребенка, подростка, взрослого в состояние целостного восприятия мира, дают возможность мечтать активизируют творческий потенциал, передают знания о мире, человеческих взаимоотношениях и пр. Мифы дают важные знания об устройстве мира, Вселенной (космогонические мифы, мифы о богах) при условии, что человек не понимает все. Создают различные модели поведения Героя (мифы о героях). Формируют представление о социальных коллизиях: о богатстве, о борьбе за власть, предательстве, любви и ненависти, измене. Часто раскрывают теневую сторону жизни. Легенды рассказывают о каком-то явлении в историческом контексте, раскрывают «историю вопроса».

Возможно ли единственно правильное понимание смысла сказок, мифов, легенд, притч? Обычный человек ищет в сказке подтверждения своим взглядам на жизнь, психолог – подтверждение своей теории.

Итак, сказка является носителем информации о личности автора. Подход к ее анализу обусловлен психологической парадигмой, в которой существует психолог. Теперь пришло время сформулировать принципы психологического анализа сказок.

Принцип безусловного принятия внутреннего мира клиента. Данный принцип отрицает «оценочный подход». Мир, представленный в сказке, воспринимается целостно, безоценочно. Даже в контексте выявления «конфликтного» и «ресурсного» содержания сказки мы отказываемся от прямых оценок.

Принцип объективности. Мы стараемся рассмотреть сказку с разных точек зрения, исследовать разные ее «слои» и «границы». И главное, мы не стремимся к тому, чтобы найти в авторской сказке подтверждение той или иной психологической парадигме.

Принцип результативности. Мы не делаем анализ ради самого процесса анализа. Психологический анализ авторской сказки всегда обусловлен конкретной целью:

- составление психологического заключения (на предмет определения психологического статуса, интересов, мотивов, индивидуальных особенностей автора);
- составление психологических рекомендаций;
- формирование перспективных задач психологической работы с автором.

Ключевыми характеристиками сказки являются: 1) энергоинформационное поле сказки; 2) основная тема сказки; 3) сюжет сказки; 4) линия главного героя; 5) символическое поле.

1. Энергоинформационное поле. Это особая энергия сказки, оставляющая у слушателя определенное «послевкусие», состоящее из ощущений, чувств, мыслей и впечатлений.

2. Основная тема. Это идея, пронизывающая весь сюжет сказки. Основная тема отражает актуальные жизненные ценности, потребности, «зону ближайшего развития» автора. Иными словами, основная тема показывает нам то, что является для клиента наиболее значимым в данный момент. Над чем он сознательно или бессознательно «работает», к чему стремится.

Основная тема может быть представлена на нескольких уровнях: ценностном, ментальном, эмоциональном, витальном.

Ценностный уровень содержит общие жизненные ценности, проявленные в сказке.

Ментальный уровень отражает понимание, степень осмысления автором событий, положенных в основу сюжета сказки.

Эмоциональный уровень показывает качество чувственно-смыслового проживания основной темы.

Витальный уровень говорит о степени удовлетворенности автора в связи с актуализацией основной темы сказки; к этому уровню относится влияние происходящих в сказке событий на жизнедеятельность героев.

3. Сюжет сказки – это изложение хода событий. Работая с сюжетом авторской сказки, нужно обратить внимание на три момента: оригинальность сюжета, жанровая форма сказки, последовательность событий.

4. Линия главного героя. Это ключевая характеристика, отражающая актуальное самоощущение и стремления автора.

5. Символическое поле сказки. Оно отражает информацию о внутреннем мире клиента, зашифрованную в образах и символах. Работая с символическим полем сказки, исследование проводится на двух уровнях: личном и глубинном. Личное значение можно определить, задав автору вопрос: «Чем для вас является такой-то образ?» Глубинное значение выявляется путем размышлений и изучения специальной литературы (словарей символов).

После анализа сказки по ее ключевым характеристикам мы составляем заключение о конфликтном и ресурсном содержании сказки

и определяем перспективные задачи психологической работы с автором. Под конфликтным содержанием сказки понимается совокупность деструктивных элементов, выявленных по каждой ключевой характеристике. Под ресурсным содержанием сказки понимается совокупность созидательных, конструктивных элементов (духовного, ментального, эмоционального, поведенческого плана), выявленных по каждой ключевой характеристике.

Теоретическое понимание значений сказок в жизни детей и их семей привело нас на базе Детского республиканского центра восстановительного лечения к созданию родительского тренинга «Сказочная нить», на котором родители учатся сочинять сказки для решения эмоционально-поведенческих проблем у ребенка. Целью данной работы является активизация личностных и семейных ресурсов для разрешения проблемной ситуации.

Последовательность проведения занятий:

Создание комфортной среды (знакомство, снятие эмоционального напряжения с помощью разъяснения целей работы и прочтения «вводных сказок»).

Использование клубка ниток для лучшего тактильного восприятия и создания ассоциативной, долговременной памяти по закреплению и использованию полученного опыта в будущем. Для этого необходимо ощупать клубок ниток, описать свои тактильные ощущения и какие при этом возникают чувства. Далее необходимо отрезать такую длину нити, какую хочется, и свернуть ее в клубок, связав полученный клубок с имеющейся проблемой.

Сочинение сказки:

- начало истории начинается с описания главного героя (реального или вымышленного);
- разворачивается проблемное поведение или состояние;
- описываются возникающие сложности из-за проблемного поведения или состояния;
- появление внутренних и (или) внешних помощников;
- нахождение какого-нибудь решения, проявление оптимизма;
- положительный ресурс, способный помочь в ситуации, когда вначале трудно, плохо получается или лень;
- итоги истории.

4. Разматывание «клубка проблем» со словами:

Кручу, кручу клубок

И не вправо и не вбок.

Разворачиваю нить,

Чтоб проблему разрешить.

5. Рассказывание сказки ребенку с последующим обсуждением и обыгрыванием в двух вариантах: игра-рисование по следам прочитанного или игра – драматизация по сюжету сказки.

Первый вариант – игра – рисование. Вначале можно просто нарисовать любимого героя или понравившийся эпизод из сказки, затем поинтересоваться, что здесь происходит.

Второй вариант – игра – драматизация по сюжету сказки. Дети совместно с родителями создают серию иллюстраций к сказке. Составляют текст, придумывая реплики, диалоги к изображенному сюжету. Затем разыгрывают по ролям с помощью пальчикового или перчаточного театра данную историю.

Проделав данную работу с родителями и их детьми в течение двух – недельного курса посещения центра реабилитации, создается перспективный план работы на будущее, чтобы закрепить наметившиеся изменения в домашних условиях.

ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Е. Ю. Лазарева, Е. Л. Николаев

Чувашский государственный университет им. И. Н. Ульянова, Чебоксары

В основе профилактики заболеваний лежит выявление факторов риска возникновения и развития болезни. Комплекс профилактических мер по сохранению здоровья, в первую очередь направлен на устранение или снижение воздействия данных патогенных факторов на организм человека.

Психологическая профилактика и укрепление здоровья преследует цели изменения и уменьшения поведенческих и интраиндивидуальных факторов риска, а также исключение и снижение факторов риска в социальной и физической среде. Это осуществляется за счет повышения толерантности к стрессу, приобретения когнитивных навыков и умений, способствующих повышению собственной ценности, формирования реалистичных представлений о контроле, что способствует созданию окружающих условий для укрепления и поддержания здоровья (Баум, Перре, 2002).

Таким образом, психопрофилактика во-первых направлена на предупреждение вредных воздействий на человеческую психику, развития психогенных заболеваний, а также изучение возможных путей увеличения выносливости к данным воздействиям. (Середина, Шкуренко, 2003). Во-вторых – объединяет мероприятия, направленные на предупреждение неблагоприятной динамики уже возникших заболеваний, их хронизацию, уменьшение патологических проявлений, облегчение течения болезни, что осуществляется с помощью комплексной фармако- и психотерапии. В-третьих, психопрофилактика способствует предупреждению неблагоприятных социальных последствий заболевания, рецидивов и дефектов, препятствующих трудовой деятельности больного (Карвасарский, 2008).

Любое заболевание представляет новое состояние организма, проявляющееся измененными адаптивными способностями личности, которые в большинстве случаев имеют деструктивную направленность. Таким образом, дезадаптивные психологические особенности сердечно-сосудистых больных выступают мишенями психотерапевтического воздействия при проведении психопрофилактических мероприятий с данными больными. В связи с чем, целью настоящего исследования явилось выявление психологических факторов содержащих негативные составляющие адаптивного потенциала личности больных.

Всего было обследовано 185 больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, проходивших амбулаторное лечение. Данные больные составили три клинические группы: это больные ишемической болезнью сердца, больные гипертонической болезнью, больные с пороком сердца. В исследовании были использованы следующие методики, позволяющие охватить все сферы функционирования личности больных:

- опросник оценки качества жизни SF-12,
- опросник «Запрет на выражение чувств», разработан В. К. Зарецким, А. Б. Холмогоровой, Н. Г. Гаранян (2005),
- опросник перфекционизма Н. Г. Гаранян, А. Б. Холмогоровой (2001),
- опросник «Стиль саморегуляции поведения Моросановой» (ССПМ) (Моросанова, 2004),
- опросник социальной поддержки F-SOZU-22 (Sommer, Fydrich, 1989, адаптация Холмогоровой, 2006),
- опросник «Структура индивидуальной религиозности» (Щербатых, 1995).

Факторный анализ полученных психологических характеристик больных, позволил определить многофакторные модели адаптивности личности при сердечно-сосудистой патологии. Выявленные факторы структуры личности больных свидетельствуют о наличии у них психологических особенностей дезадаптивной направленности, которые позволили выделить мишени психопрофилактического воздействия для исследованных клинических групп больных.

Мишенями психотерапевтического воздействия при ишемической болезни сердца выступают патогенные характеристики выявленных психологических факторов. Эмоциональная сдержанность несет в себе патогенный адаптационный потенциал, выражающийся в игнорировании больными ИБС возникающих эмоций и чувств, которые выражаются в терминах телесных жалоб. В данном случае психотерапевтическое воздействие должно преследовать цель научить больных ИБС осознавать свои чувства и эмоции, уметь выражать их через язык эмоций, что достигается расширением словарного запаса, способствующего к вербальному выражению эмоциональных переживаний и ощущений. Выявление и анализ актуальных эмоциональных ситуаций в процессе

психотерапевтического межличностного взаимодействия психотерапевта и пациента позволяет больным осознать и перевести ощущения на язык эмоций. Это способствует высвобождению внутреннего негативного эмоционального напряжения больных, уменьшению проявления симптомов заболевания.

Такая особенность больных ИБС как категоричность притязаний, является патогенной адаптивной составляющей личности. Процесс психотерапевтического воздействия в этом случае направлен на изменение патологических убеждений, состоящих в желании всегда достигать наилучших результатов, приобретение навыков адекватной оценки ситуации и итоговых результатов деятельности. Психотерапевтическое воздействие, осуществляемое посредством межличностного взаимодействия между членами группы при групповой психотерапии, между психотерапевтом и пациентом при индивидуальной психотерапии, позволяет проанализировать и раскрыть внутренние механизмы возникновения патогенных стереотипов и убеждений, осуществить самопонимание, принимаемое больным, способствующее внесению конструктивных изменений в мышление и поведение больного ИБС. Эти изменения в свою очередь будут более эффективны при хорошей сформированности регуляторных процессов у данных больных.

Тем не менее у больных ИБС, наблюдается регуляторная пассивность, которая характеризует низкую сформированность регуляторных процессов и является патогенной составляющей адаптивного потенциала личности. Повышение самостоятельного планирования деятельности и поведения, умение легко перестраивать планы и поведение при возникновении непредвиденных ситуаций является целью психотерапевтического воздействия. С помощью поведенческого тренинга осуществляется информирование больного об имеющихся способах и приемах эффективного планирования, моделирования и программирования деятельности. Далее происходит научение больного самостоятельной постановке реальных целей и составления плана для их достижения. Вырабатывается умение самостоятельно организовывать деятельность и гибко менять планы действий при изменении внешних условий.

Выявленная несформированность регуляторных процессов сказывается на эффективном взаимодействии больных ИБС с окружающими. Поэтому следующей мишенью психотерапевтического воздействия является неспособность данных больных воспринимать социальную поддержку. В процессе групповой психотерапии межличностное взаимодействие между членами группы способствует формированию компетентности в социальном функционировании. Обратная связь и рефлексия полученные в ходе психотерапии способствуют приобретению больными социальных навыков, интегрируя накопление положительного опыта в межличностном взаимодействии.

В процессе исследования были выявлены также адаптивные ресурсы личности больных ИБС, выражающиеся в религиозном мировоззрении. В связи с чем, применение методов религиозной психотерапии, позволяет использовать имеющиеся ресурсы личности для устранения действия патогенных психологических факторов. Принятие больными положительного адаптивного опыта, заложенного в религии в виде духовной мудрости и норм поведения, состоящих из советов и инструкций, а также вера помогают человеку более легко принимать данные знания и модели поведения.

Исследование психологической структуры личности больных гипертонической болезнью, позволило выявить основные мишени психотерапевтического воздействия для данной клинической группы.

Больным ГБ свойственна перфекционистская сдержанность, которая включает в себя слабую выраженность проявляемых чувств, мышление по типу «все или ничего», накопление негативного опыта, что свидетельствует о том, что данная особенность является патогенной составляющей адаптивности личности. Психотерапевтическое воздействие должно быть направлено на устранение эмоционального напряжения, изменения дезадаптивных когнитивных установок, повышение уверенности в собственных силах больных ГБ. Безусловное принятие и поддержка оказываемая психотерапевтом, способствует переосмыслению имеющихся проблем и выявлению положительных моментов и ситуаций. Происходящее накопление положительного опыта повышает уверенность в собственных силах.

В то же время хорошо развитые регуляторно-личностные свойства, такие как самостоятельность и гибкость, которые позволяют больным самостоятельно принимать решения и справляться с проблемами, сдерживаются повышенными требованиями, предъявляемыми ими к другим. Поэтому следующей мишенью психотерапии выступает вынужденная автономность, являющаяся дезадаптивной составляющей личности больных. Для бесконфликтного взаимодействия больные ГБ сдерживают эмоции агрессивности и раздражения по отношению к окружающим, что провоцирует конфликт агрессивности – зависимости в межличностных взаимоотношениях. В данном случае психотерапевтическое воздействие направлено на выработку способности больных вербализовать свою агрессивность и умение осознавать свои потребности. Положительное принятие во взаимоотношениях психотерапевта и больного ГБ способствует уменьшению чувства вины больного относительно возникающих у него агрессивных чувств. Происходит осознание конфликта и высвобождение имеющихся негативных эмоций – агрессивности, злобности и зависимости.

Данный внутренний конфликт проявляется также и в социальной сфере функционирования больных. Парадоксальность оценки больными социальных ресурсов, характеризуется патогенной составляющей, выражающейся подавлением желания использовать имеющиеся внешние ресурсы для удовлетворения своих потребностей, при общей

недостаточности социальной поддержки, которая заменяется данными больными использованием всевозможных собственных внутренних резервов. В результате чего больные ГБ испытывают социальную угнетенность. Психотерапевтическое воздействие предполагает приобретение умений больными четко обозначать окружающим свои чувства и потребности, получать и использовать внешние ресурсы. Включение социального поля, не директивное отношение психотерапевта в ходе поведенческого тренинга, способствует проработке страхов, вины, повышению уверенности в себе, осознанию подавляемых потребностей, а также формирует способность к использованию не только внутренних, но принятию внешних ресурсов.

Выявленные адаптивные ресурсы определяют установки больных, выражающиеся в самостоятельности и развитости регуляторных процессов, но эти способности сопровождаются отказом от своих потребностей в пользу окружающих и большей ориентированностью на внутренние возможности, что свидетельствует об односторонней активности больных. Психотерапевтическое воздействие, направленное на развитие способности воспринимать и использовать внешние средства для удовлетворения потребностей, способствует дополнению недостающих ресурсов и формированию зрелой личности.

Для больных следующей клинической группы выявлены патогенные и саногенные составляющие адаптивности личности, что позволяет составить модель психотерапевтического воздействия при пороках сердца.

Свойственная больным с ПС устремленность к совершенству, является патогенной составляющей адаптивного потенциала личности, которая определяет внутреннее навязчивое стремление к совершенству. Психотерапевтическое воздействие направлено на изменение патологических убеждений в необходимости всегда добиваться высоких целей результатов деятельности. Когнитивно-поведенческий тренинг способствует приобретению когнитивных навыков и умений, которые позволяют больному ощутить собственную ценность, сформировать реалистичные представления о контроле уровня достигаемых результатов. В целом, такое психотерапевтическое воздействие способствует снижению внутреннего напряжения и повышению стрессоустойчивости больных за счет изменения патологических когнитивных убеждений и стереотипов.

Следующей патогенной дезадаптивной особенностью больных ПС является эмоциональная аутоингибция. Выраженное игнорирование эмоций больными ПС является мишенью психотерапевтического воздействия, которое направлено на развитие способности у больных, выражать свои эмоции и чувства. В процессе психотерапии выявляются взаимосвязи эмоциональных реакций и определенных воспоминаний с возникающими телесными ощущениями. Через осознание чувств, происходит высвобождение негативных эмоций с помощью их вербализации.

Выявленные адаптивные ресурсы личности больных ПС, выражаются в регуляторной автономности, что свидетельствует о развитости

у больных способности самостоятельно планировать деятельность и поведение, контролировать ход выполнения работы по достижению цели, при этом они гибко перестраивают планы при возникновении непредвиденных ситуаций, влияющих на конечный результат. Социальная включенность как адаптивный ресурс свидетельствует о способности больных ПС использовать внешние ресурсы. Обыденная религиозность, выражающаяся верой в высшую силу и действенность религиозных ритуалов, позволяет больным получать поддержку в трудных ситуациях.

Таким образом, игнорирование эмоций больными ПС, приводит к аккумулярованию эмоционального напряжения, которое оказывает влияние на когнитивную сферу больных в виде патологического стремления к совершенству, а выявленные адаптивные ресурсы личности больных ПС служат адаптивным полем психотерапевтического воздействия для устранения патологического стремления к совершенству и снятию накопленного эмоционального напряжения.

Проведенное исследование психологических особенностей сердечно-сосудистых больных позволяет сделать вывод о том, что для повышения эффективности психопрофилактической работы с кардиологическими больными она должна быть направлена на уменьшение патогенных составляющих адаптивного потенциала личности с дифференциацией психотерапевтического воздействия в зависимости от клинической группы больных.

Литература

1. Гараян Н. Г., Холмогорова А. Б., Юдеева Т. Ю. Перфекционизм, депрессия и тревога // Московский психотерапевтический журнал. – 2001. – № 3. – С. 18-49.
2. Гараян Н. Г., Юдеева Т. Ю. Структура перфекционизма у пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами // Психологический журнал. – 2009. – № 6. – С. 93-102.
3. Карвасарский Б. Д. Психотерапия. Учебник (3-е издание). – СПб.: Питер, 2008. – 672 с.
4. Моросанова В. И. Опросник «Стиль саморегуляции поведения» (ССПМ). М., 2004. 44 с.
5. Мягков И. Ф., Щербатых Ю. В., Кравцова М. С. Психологический анализ уровня индивидуальной религиозности // Психологический журнал. 1996. Т. 17. № 6.
6. Перре-Бауман. Клиническая психология / Перре-Баум. – М.: Медпресс, 2002. – 670 с.
7. Середина Н. В., Шкуренко Д. А. Основы медицинской психологии: общая, клиническая, патопсихология / Серия «Учебники, учебные пособия». – Ростов н/Д: «Феникс», 2003. – 512 с.
8. Холмогорова А. Б. Теоретические и эмпирические обоснования интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра. Дис. ... докт. психол. наук. – М., 2006. – 465 с.
9. Холмогорова А. Б. Теоретические и эмпирические обоснования интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра. Дис. ... докт. психол. наук. – М., 2006. – 465 с.
9. Ware J. E., Jr., Kosinski M., Turner-Bowker D. M., Gandek B. User's Manual for the SF-12 Health Survey with a supplement documenting SF-12 Health Survey). 2002. Lincoln, Quality Metric incorporated. P. 37-42.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО (МЕДИКАМЕНТОЗНОГО И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО) ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ, НЕВРОЗАМИ И ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

Т. Ф. Потапова, В. А. Чупрова

*ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ*

По определению, посттравматическое стрессовое расстройство – это отставленная и/или затяжная патологическая реакция на исключительное по силе психического воздействия, степени угрозы для жизни (природная или техногенная катастрофа, боевые действия, преступное посягательство и пр.) или значимости утраты (смерть близких, разорение и пр.) с повторно вторгающимися в сознание представлениями, отражающими экстремальные события, острыми драматическими вспышками паники или дисфории на фоне хронического чувства оцепенелости, эмоциональной отчужденности, избегания деятельности и ситуаций, напоминающих о травме.

Общим патогенетическим механизмом неврозов является нарушение деятельности церебральных систем, обеспечивающих адаптацию к ситуации, препятствующим удовлетворению потребностей. Вследствие этого возникает неадекватное поведение, а также нервная напряженность и тревога с чувством неудовлетворенности (фрустрация). На первый план в клинической картине неврозов выходят эмоциональные нарушения. Эмоции связаны преимущественно с деятельностью лимбической системы, так называемого «висцерального мозга», а висцеральный мозг, в свою очередь, имеет важные функциональные связи с новой корой, в частности, лобными, височными и теменными долями. Поэтому лобная и височная кора также считаются психофизиологическим звеном тревоги (Корвасарский, 1980). Каждый тип невроза характеризуется определенными особенностями в «активационном узоре» коры больших полушарий, выявляемом на ЭЭГ.

Шизотипическое расстройство – обширный паттерн социальной и межличностной недостаточности, проявляющийся в остром дискомфорте и уменьшении способности к интреперсональным взаимоотношениям, сочетающийся с когнитивно-перцептивными нарушениями и эксцентричным поведением. Склонность к декомпенсациям у таких больных сопоставима с описанной отечественными авторами вялотекущей (малопрогрессирующей, латентной) формой шизофрении. В зарубежной психиатрической литературе шизотипическое расстройство описывается как «пограничный синдром» (borderline syndrome) и входит в круг расстройств между неврозом и психозом.

Целью настоящей работы было изучение нарушений высших психических функций и эмоционального состояния у больных ПТСР, пациентов с неврозами, и шизотипическим расстройством, а также контроль за их изменением в процессе лечения.

Материалы и методы.

Объектом исследования были пациенты с диагнозом ПТСР в возрасте от 21 до 38 лет, неврозом в возрасте 25-73 лет, шизотипическим расстройством с преимущественно субдепрессивно-неврозоподобной картиной от 18 до 55 лет. В анамнезе не имелось указаний на органические заболевания мозга, черепно – мозговые травмы. Обследование было проведено у 6 человек с невротическими заболеваниями, у 17 – с ПТСР и у 40 – с шизотипическим расстройством. После проведения курса лечения с применением нейрорептиков, транквилизаторов, антидепрессантов, сосудистых препаратов и курса психотерапии повторно тестировались 9 больных ПТСР, 5 – неврозами и 40 – шизотипическим расстройством. Психотерапевтическое воздействие у больных с ПТСР и неврозами осуществлялось в виде гипноза, а у больных с шизотипическим расстройством – в виде полимодальной психотерапии где базовым, интегрирующим подходом был выбран транзактный анализ с включением в процесс отдельных приемов из клиент-центрированной, символической и когнитивно-поведенческой психотерапии (Тукаев, 2004).

Для изучения нарушений высших психических функций (праксиса, гнозиса, всех видов памяти, внимания и мышления) и для определения их динамики в процессе лечения был использован нейропсихологический метод исследования по А. Р. Лурия с применением стандартного набора тестов (Лурия, 2003). . Оценка результатов проводилась в баллах: 0 баллов – правильное выполнение, 1 – замедление темпа выполнения, 2 – ошибки выполнения, 3-невозможность выполнения (Вассерман, Дорофеева, Меерсон, 1997).

Для анализа самочувствия пациентов использовалась методика исследования самооценки по шкале Дембо-Рубинштейн.

Методика Дембо-Рубинштейн заключается в непосредственном оценивании (шкалировании) пациентами ряда личных качеств и показателей своего эмоционального состояния. На горизонтальных семи линиях отмечают знаком уровень развития этих качеств (показатель самооценки) от 0 до 100 баллов. В методику были включены следующие шкалы: здоровье – болезнь, счастье – горе, надежда – отчаяние, оптимист – пессимист, добрый – злой, сильный – слабый характер.

Результаты и обсуждение.

При обследовании до лечения пациентов с ПТСР средние показатели по стандартным тестам нейропсихологического исследования свидетельствуют о дисфункции лобных отделов мозга.

На нарушения в верхнетеменной области больше справа указывают трудности у большинства обследуемых выполнения пробы на определение локализации точки прикосновения на обеих руках.

Существенно из корковых зон страдает также левая височная область мозга. О нарушениях в верхних отделах этой области свидетельствуют результаты свободного ассоциативного эксперимента с названием существительных; в средних отделах – повышенная тормозимость следов памяти в условиях гетерогенной интерференции при воспроизведении серии из 6 слов в заданном порядке и двух серий по три слова. Нарушение воспроизведения акцентированных ритмов также указывает на поражение левой височной доли.

Снижение результатов при выполнении пробы «кулак-ребро-ладонь» свидетельствует о нарушении афферентной организации движений, что связано с дисфункцией премоторных зон мозга.

Значительное количество утраченных элементов при выполнении пробы Рей-Тейлор, характеризующей состояние зрительной памяти, говорит в пользу снижения функций третичных зон коры затылочной области.

Существенное увеличение времени выполнения большинства проб указывает на выраженные нарушения со стороны глубоких подкорковых структур.

У пациентов с невротическими расстройствами значительные нарушения выявились в средних отделах левой височной области, о чем свидетельствует усиление торможения следов памяти в условиях гетерогенной интерференции при воспроизведении серии из 6 слов в заданном порядке, и двух серий по три слова. Результаты ассоциативного эксперимента с названием существительных указывают на дисфункцию верхних отделов коры левой височной зоны.

Большое количество утраченных элементов при воспроизведении фигуры Рей – Тейлор говорит в пользу снижения функций третичных зон коры затылочной области, хотя и в меньшей степени, чем у пациентов с ПТСР.

В меньшей степени выраженности имеется дисфункция со стороны коры верхнетеменной области с обеих сторон, что подтверждается трудностями при определении локализации точки прикосновения (правая рука – 0. 6б, левая – 1б у 33 % обследуемых).

Нарушение функций нижнетеменных отделов коры головного мозга проявлялось наличием пространственных ошибок при воспроизведении фигуры Рей-Тейлор и пространственных ошибок в серийном счете.

При выполнении пробы на реципрокную координацию рук и «кулак-ребро-ладонь» у большинства испытуемых наблюдалось снижение темпа выполнения задания, что может свидетельствовать о нарушениях в первом блоке мозга, составляющими которого являются глубокие

подкорковые структуры. В то же время при выполнении пробы Шульте ни у кого из обследуемых время не превышало 50 секунд и не происходило значительного увеличения времени выполнения задания при повторном эксперименте в конце обследования, что свидетельствует о незначительности вышеуказанных расстройств.

Полученные данные во многом совпадают с работами нейрофизиологов, изучавших функциональное состояние различных отделов головного мозга у больных неврозами (Корвасарский, 1980).

Таким образом, при исследовании больных с применением нейропсихологического набора проб и тестов и сопоставлении нарушений, выявленных у пациентов с ПТСР и неврозами, показано, что отличия заключаются преимущественно в минимальной дисфункции лобных отделов коры мозга у пациентов с неврозами и преобладании у них нарушений в средних отделах коры левой височной области. У больных ПТСР на первый план выступают нарушения в верхнетеменных и лобной областях коры.

При шизотипическом расстройстве до лечения на первый план выступали снижение нейродинамических параметров психической деятельности, проявляющиеся в виде инертности, истощаемости, вынесении умственных действий во внешний план. Выявленные нарушения слухоречевой памяти выступали преимущественно в виде сужения объема воспроизведения, нарушения избирательности и реже – несоблюдения последовательности припоминания стимулов при воспроизведении. При этом имела место повышенная тормозимость следов памяти в условиях гетерогенной интерференции. Отмечались динамические расстройства в свободном ассоциативном эксперименте. Исследование зрительной памяти показало большое количество утраченных элементов при воспроизведении фигуры Рей-Тейлор. Все вышеописанные нарушения носят модально-неспецифический характер и свидетельствуют о нарушениях в глубоких подкорковых структурах и медиальных отделах коры. Нарушения произвольной регуляции деятельности проявлялись недостаточностью регуляторного компонента в пробах на динамический праксис в виде неэффективных стратегий выполнения, непоследовательности, ригидных ошибок и персевераторных тенденций, также дезавтоматизированным выполнением при увеличении объема, трудностями усвоения и тенденцией к укорочению программы, но с возможностью самокоррекции указанных нарушений. В интеллектуальной деятельности отмечались интеллектуальные персеверации при решении арифметических задач, выполнении вербально-логических операций. Невозможность решения задач в два действия свидетельствует о трудностях составления программы и удержания инструкции. В этой пробе больные упрощали задачу. Отмечалось снижение уровня обобщения в задачах на исключение 4-го лишнего. Несостоятельность в понимании морали

басни говорит о снижении уровня абстрагирования. В интеллектуальной деятельности отмечались интеллектуальные perseverации при решении арифметических задач, выполнении вербально – логических операций. Невозможность решения задач в два действия свидетельствует о трудностях составления программы и удержания инструкции. В этой пробе больные упрощали задачу. Отмечалось снижение уровня обобщения в задачах на исключение 4–го лишнего Трудности в осмыслении сюжетной картинки, связаны с фрагментарностью восприятия. Возникали ошибки в серийном счете, где требовалось удержание программы деятельности, промежуточных результатов и общей инструкции, а также сохранность механизмов контроля и регуляции за интеллектуальной деятельностью. Всё это свидетельствует о нарушениях лобных (префронтальных) отделов мозга и в меньшей степени – премоторных отделов.

Не столь выраженные нарушения отмечались в сфере оптико-пространственных представлений. Имели место трудности в восприятии пространственных признаков объектов и их изображений, ориентировки в формализованном пространстве, которые проявлялись в пробах: определение времени на схематических часах, «бутылочки»; «домик на горке». Также отмечались нарушения пространственной организации двигательных актов, зеркальные ошибки в пробе на пространственный праксис. Возникали затруднения при воспроизведении фигуры Рей-Тейлор, выражающиеся в наличии пространственных и структурных ошибок.

Нарушения в сфере зрительного гнозиса проявлялись в предметной и буквенной агнозии при выполнении специальных зрительных задач: на выделение фигур из фона, достраивание незаконченных фигур, определение конфликтных фигур и узнавание перечеркнутых фигур и букв. Они свидетельствуют о дисфункции со стороны теменно-затылочных отделов.

Нарушения в виде симптомов аритмии – трудностей в оценке и воспроизведении акцентуированных ритмов по образцу, в ассоциативном эксперименте с названием существительных свидетельствуют о снижении функционирования со стороны височной области левого полушария.

В тактильной сфере отмечались проявления тактильной алексии при выполнении пробы Ферстера, трудности в определении локализации точки прикосновения с обеих сторон, поисковые реакции при выполнении пробы на праксис поз. Эти нарушения свидетельствуют о дисфункции со стороны нижнетеменных и верхнетеменных отделов коры, преимущественно левого полушария.

Несмотря на диффузный характер нейропсихологических симптомов, они структурируются в синдром, характерный для снижения уровня функционирования глубоких подкорковых структур (таламических) в сочетании с дисфункцией лобных, теменно-затылочных и, в меньшей степени, левой височной области коры головного мозга.

При использовании методики Дембо-Рубинштейн у больных с ПТСР более высокие результаты были по шкалам: счастье – горе, волевой – безвольный, оптимист-пессимист.

У пациентов с неврозами на первый план выходили шкалы: добрый – злой, сильный – слабый характер, надежда-отчаяние, волевой – безвольный. Значительное снижение самооценки отмечалось по шкале оптимист-пессимист.

У больных с шизотипическим расстройством наиболее выраженные нарушения наблюдались по шкалам: общительный – замкнутый, уверенный – робкий, сильный характер – слабый характер, оптимист – пессимист.

Эти показатели в целом соответствовали объективному состоянию исследуемых больных.

После проведенного лечения у больных с ПТСР стабильными при проведении нейропсихологического исследования остались: затруднения при понимании смысла сюжетной картинки и морали басни, при выполнении пробы 4-ый лишний, серийном счете, решении задач в 2 действия, изображении домика на горке. Имели место ошибки при выполнении пробы «бутылочки», структурные ошибки при воспроизведении фигуры Рей-Тейлор. Все выше обозначенное указывает на стойкие функциональные нарушения со стороны лобных долей, нижнетеменных отделов коры головного мозга. Положительная динамика отмечалась со стороны следующих показателей: определения локализации точки прикосновения на правой и левой руке, отсроченной слухоречевой памяти, продукции существительных при проведении ассоциативного эксперимента, количества утраченных элементов при воспроизведении фигуры Рей – Тейлор воспроизведения ритмов правой и левой руками, реципрокной координации рук, пробы кулак-ребро-ладонь левой рукой. Данные изменения свидетельствуют об улучшении функционирования коры верхнетеменных и затылочных отделов, средневисочных отделов левого полушария, премоторных зон преимущественно правого полушария, и о положительной динамике со стороны глубоких подкорковых структур, являющихся составляющими первого блока мозга.

У пациентов с неврозами стабильным осталось количество ошибок при определении локализации точки прикосновения на правой руке и увеличилось на левой руки. Снижение количества утраченных элементов при воспроизведении фигуры Рей–Тейлор свидетельствует об улучшении функционирования затылочных отделов головного мозга. О положительной динамике со стороны нижнетеменных отделов говорит уменьшение количества пространственных ошибок при воспроизведении фигуры Рей –Тейлор. На улучшение работы первого блока мозга указывает уменьшение времени выполнения пробы Шульте как до, так и после обследования. Таким образом, стабильными остались показатели,

свидетельствующие о функциональном состоянии верхнетеменных зон. Положительная динамика отмечалась со стороны нижнетеменных, затылочных областей и первого блока мозга.

Динамика нейропсихологических показателей у больных шизотипическим расстройством показала возрастание общей активности, увеличение темпа при выполнении проб, что говорит об улучшении функционирования глубоких подкорковых структур. Произошло уменьшение модально-неспецифических нарушений памяти. Значительно снизилась тормозимость следов памяти в условиях гетерогенной интерференции, что связано с улучшением функционирования медиальных отделов коры. Об этом свидетельствует также значительное уменьшение утраченных элементов при воспроизведении фигуры Рей-Тейлор. Произошло достоверное улучшение функционирования премоторных отделов, что выразилось в более успешном выполнении проб на динамический праксис с коррекцией последовательности выполнения и уменьшением персевераторных тенденций. Повысилась результативность в интеллектуальной деятельности при решении арифметических задач, выполнении вербально-логических операций. Всё это говорит об улучшении функционирования префронтальных зон. Таким образом, при изначально большей сохранности правого полушария имело место улучшение работы и левого полушария в процессе терапии. В сфере оптико-пространственных представлений значительно повысилась продуктивность при воспроизведении фигуры Рей-Тейлор. Отмечалась положительная динамика в сфере зрительного гнозиса и, следовательно, затылочных отделов коры. Уменьшилась степень выраженности симптомов аритмии. Увеличилась продукция существительных при проведении свободного ассоциативного эксперимента, что говорит об уменьшении дисфункций со стороны височной области левого полушария. Также отмечалось улучшение функционирования нижнетеменных и верхнетеменных отделов коры левого полушария.

Таким образом, после проведенного лечения существенно улучшилось функционирование со стороны глубоких подкорковых структур, которые при первичном исследовании были наиболее нарушены. Значительное улучшение со стороны префронтальных отделов, теменно-затылочных и в меньшей степени левой височной области носит, вероятно, вторичный характер.

Анализ показателей самооценки по методике Дембо-Рубинштейн показал более или менее выраженные изменения по всем шкалам: «счастье – горе»; «отптимист – пессимист»; «надежда – отчаяние»; «волевой – безвольный»; «сильный – слабый характер»; «умный – глупый»; «уверенный – робкий», «здоровье-болезнь», «общительный – замкнутый».

Заключение. По результатам проведенного исследования можно утверждать, что предложенный комплекс методик является достаточно

информативным для объективной диагностики нарушений высших психических функций и эмоциональных нарушений у больных с неврозами, ПТС и шизотипическим расстройством и может быть использован для исследования динамики состояния данных категорий пациентов в ходе их лечения. Обращает на себя внимание тот факт, что у всех изучаемых категорий больных, по результатам нейропсихологического исследования, на первый план выходят нарушения со стороны глубоких подкорковых структур и медиальных отделов коры, обусловленные, вероятно, изменением эмоционального состояния испытуемых. Поэтому редукция аффективных нарушений способствует улучшению общемозгового функционирования. Оптимальным путем совершения такой коррекции является сочетанное применение медикаментозных и психотерапевтических методов.

Литература

1. Вассерман Л. И., Дорофеева С. А., Меерсон Я. А. Методы нейро-психологической диагностики. – СПб., 1997 г. – 303 с.
2. Корвасарский Б. Д. Неврозы. – М., 1980 г. – С. 184-190.
3. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии. – М., 2003 г. – 381 с.
4. Тукаев, Р. Д. Российская мультимодальная психотерапия. Часть 2: Теоретические перспективы / Р. Д. Тукаев // Психотерапия. – 2004. – № 1. – С. 18-23.

ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ, БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ (НА ПРИМЕРЕ КРАЕВОГО ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА «УЮТ»)

Н. В. Тихонова, Н. И. Бондаренко, В. А. Кирсанова

Краевой геронтологический центр (КГЦ) «Уют», Красноярск

Одной из актуальных медико-социальных проблем в пожилом возрасте является артериальная гипертензия. Около 50 % лиц в возрасте 60-69 лет и более 75 % в возрастной группе старше 70 лет имеют повышенный уровень артериального давления. Поэтому качество лечения артериальной гипертензии во многом определяет качество и продолжительность жизни населения. В Краевом геронтологическом центре (КГЦ) «Уют» категория клиентов с гипертонической болезнью составляет более 80 %. Таким образом, при осуществлении психологической реабилитации пациентов необходимость учета психологических особенностей таких клиентов особенно актуальна.

Существуют разные точки зрения по поводу того, насколько резко человек может менять свое поведение в конфликте (или, в другой формулировке, представляют ли стили поведения стабильную характеристику

личности) (Анцупов, 2004). Выбираемая стратегия – это относительно стабильный аспект личности, то есть существуют личности, демонстрирующие в конфликте только кооперативную или соперничающую стратегию. Доказано, что социальное поведение человека зависит от ситуации и может значительно меняться.

В отношении же основной массы людей, успешно адаптирующихся в обществе, стратегии лучше рассматривать всего лишь как специфические типы поведения, то есть стратегия соотносится с категориями поведения, а не с типом личности. Такое представление позволяет учитывать изменения поведения в зависимости от ситуации, создает основу для адекватного поведения в конфликте и вообще дает основание более оптимистично оценивать перспективы разрешения конфликта самой личностью (Дмитриев, 2009).

Мы предположили, что конфликтное поведение больных гипертонией пожилых пациентов Центра должно отличаться от конфликтного поведения клиентов без данного диагноза, что между пожилыми клиентами геронтологического центра с диагнозом «Артериальная гипертония» и без такого заболевания будут различия в выборе стратегии поведения в конфликте и в уровне устойчивости к конфликту. Гипотеза исследования состояла в том, что в группе пациентов с заболеванием будут преобладать пассивные стратегии разрешения конфликтов, а в группе без заболевания – активные стратегии. Кроме того, предположили, что пациенты без артериальной гипертонии обладают более высокой конфликтустойчивостью, чем имеющие заболевание.

К активным стратегиям мы отнесли «Сотрудничество» и «Соперничество», т. к. при их использовании конфликтующий активно стремится к достижению своей цели. К пассивным стратегиям мы отнесли «Избегание» и «Приспособление», т. к. в этих случаях субъект конфликта не предпринимает активных действий для удовлетворения своих интересов.

При проведении данного исследования применялась известная методика «Стратегия выхода из конфликта». Стратегия считается выраженной, если набрано 8 и более баллов по шкале. Согласно данной методике выделяют следующие стратегии выхода из конфликта: компромисс, приспособление, избегание, сотрудничество.

Компромиссная стратегия поведения характеризуется балансом интересов конфликтующих сторон на среднем уровне. Иначе ее можно назвать стратегией взаимной уступки. Стратегия компромисса не только не портит межличностные отношения, но и способствует их положительному развитию. При анализе данной стратегии важно иметь в виду следующие существенные моменты:

- компромисс нельзя рассматривать как способ разрешения конфликта. Взаимная уступка часто является этапом на пути поиска приемлемого решения проблемы;

- иногда компромисс может исчерпать конфликтную ситуацию. Это возможно при изменении обстоятельств, вызвавших напряженность;
- компромисс может принимать как активную, так и пассивную форму. Активная форма компромисса может проявляться в заключении четких договоров, принятии каких-либо обязательств и т. п. Пассивный компромисс – это не что иное, как отказ от каких-либо активных действий по достижению определенных взаимных уступок в тех или иных условиях. Другими словами, в конкретных условиях перемирие может быть обеспечено пассивностью субъектов конфликтного взаимодействия;
- условия компромисса могут быть мнимыми, когда субъекты конфликтного взаимодействия достигли компромисса на основе неадекватных образов конфликтной ситуации.

Понятие «компромисс» по содержанию близко к понятию «консенсус». Сходство их заключается в том, что и компромисс, и консенсус отражают взаимные уступки субъектов социального взаимодействия. Поэтому при анализе и обосновании стратегии компромисса важно опираться на правила и механизмы достижения консенсуса в социальной практике.

Следующая типичная реакция на конфликтную ситуацию – приспособление. Человек, придерживающийся данной стратегии, также стремится уйти от конфликта. Но причины «ухода» в этом случае иные. Направленность на личные интересы здесь низкая, а оценка интересов соперника высокая, т. е. человек, принимающий стратегию уступки, жертвует личными интересами в пользу интересов соперника. Стратегия уступки имеет некоторое сходство со стратегией принуждения, заключающейся в выборе между ценностью предмета конфликта и ценностью межличностных отношений. В отличие от стратегии борьбы в стратегии уступки приоритет отдается межличностным отношениям.

При анализе данной стратегии следует учитывать, что:

- иногда в такой стратегии отражается тактика решительной борьбы за победу. Уступка здесь может оказаться лишь тактическим шагом на пути достижения главной стратегической цели;
- уступка может стать причиной неадекватной оценки предмета конфликта (занижение его ценности для себя). В этом случае принятая стратегия является самообманом и не ведет к разрешению конфликта;
- данная стратегия может быть доминирующей для человека в силу его индивидуально-психологических особенностей. В частности, это характерно для конформистской личности, конфликтной личности «бесконфликтного» типа. В силу этого стратегия уступки может придать конструктивному конфликту деструктивную

направленность. Важно иметь в виду, что стратегия уступки оправдана в тех случаях, когда условия для разрешения конфликта не созрели. В этом случае она ведет к временному перемирию, является важным этапом на пути конструктивного разрешения конфликтной ситуации.

Следующая типичная реакция на конфликтную ситуацию – избегание. Стратегия ухода отличается стремлением уйти от конфликта. Она характеризуется низким уровнем направленности на личные интересы и интересы соперника и является взаимной. По сути, это взаимная уступка. При анализе данной стратегии важно учитывать два варианта ее проявления:

- когда предмет конфликта не имеет существенного значения ни для одного из субъектов и адекватно отражен в образах конфликтной ситуации;
- когда предмет спора имеет существенное значение для одной или обеих сторон, но занижен в образах конфликтной ситуации, т. е. субъекты конфликтного взаимодействия воспринимают предмет конфликта как несущественный.

В первом случае стратегией ухода конфликт исчерпывается, а во втором случае он может иметь рецидив. Межличностные отношения при выборе данной стратегии серьезным изменениям не подвергаются.

Рассматривая следующую типичную реакцию на конфликтную ситуацию – соперничество необходимо отметить, что тот, кто выбирает данную стратегию поведения, прежде всего исходит из оценки личных интересов в конфликте как высоких, а интересов своего соперника – как низких. Выбор стратегии принуждения в конечном итоге сводится к выбору: либо интерес борьбы, либо взаимоотношения.

Выбор в пользу борьбы отличается стилем поведения, характерным для деструктивной модели. При такой стратегии активно используются власть, сила закона, связи, авторитет и т. д. Она является целесообразной и эффективной в двух случаях. Во-первых, при защите интересов дела от посягательств на них со стороны конфликтной личности.

Типичная реакция на конфликтную ситуацию – стратегия сотрудничества характеризуется высоким уровнем направленности как на собственные интересы, так и на интересы соперника. Данная стратегия строится не только на основе баланса интересов, но и на признании ценности межличностных отношений.

Особое место в выборе данной стратегии занимает предмет конфликта. Если предмет конфликта имеет жизненно важное значение для одного или обоих субъектов конфликтного взаимодействия, то о сотрудничестве не может быть и речи. В этом случае возможен лишь выбор борьбы, соперничества. Однако, как можно будет в дальнейшем увидеть из нашего исследования, ни соперничество, ни сотрудничество не являются предпочитаемыми способами поведения в конфликте для пожилых

отдыхающих Центра. Т. е. они предпочитают игнорировать свои потребности и пренебрегать своими интересами, выбирая стратегии избегания и приспособления. Сотрудничество возможно лишь в том случае, когда сложный предмет конфликта допускает маневр интересов противоборствующих сторон, обеспечивая их сосуществование в рамках возникшей проблемы и развитие событий в благоприятном направлении.

Стратегия сотрудничества включает в себя все другие стратегии (уход, уступка, компромисс, противоборство). При этом другие стратегии в сложном процессе сотрудничества играют подчиненную роль, они в большей степени выступают психологическими факторами развития взаимоотношений между субъектами конфликта. Например, противоборство может быть использовано одним из участников конфликта как демонстрация своей принципиальной позиции в адекватной ситуации.

Являясь одной из самых сложных стратегий, стратегия сотрудничества отражает стремление противоборствующих сторон совместными усилиями разрешить возникшую проблему.

Сотрудничество - лучший способ решения конфликтов, но оно, к сожалению, возможно не всегда, в жизни довольно много ситуаций, когда достижение целей одним означает поражение другого (классические примеры – два парня «делят» девушку, или две спортивные команды играют матч на выбывание).

Соперничество – это стратегия, к которой имеет смысл прибегать при совпадении двух условий:

Повод конфликта для тебя важнее, чем дружеские отношения с тем, с кем ты конфликтуешь.

Ты уверен в превосходстве своих сил. Ведь если ты затеял соперничество, тебе, скорее всего, ответят тем же.

Приспособление, напротив, более оправданно тогда, когда для тебя сохранение хороших отношений важнее, чем повод для конфликта. Или когда ты столкнулся с давлением грубой превосходящей силы. *Компромисс* уместен тогда, когда то, что стало поводом для конфликта, можно поделить таким образом, чтобы хотя бы частично удовлетворить потребности всех втянутых в противоречие. *Избегание* же наиболее оправданно, когда собственное спокойствие тебе дороже повода конфликта, а еще тогда, когда конфликт тебе навязывают, пытаясь удовлетворить какие-то свои потребности. Приведенная выше методика была применена в исследовании психологических предпочтений клиентов КГЦ «Уют».

Анкетирование и тестирование клиентов КГЦ «Уют» в количестве 120 человек было проведено в период с октября 2011 по март 2012 в возрасте от 60 до 85 лет.

В ходе обследованные клиенты были разделены на две группы, определяющим признаком формирования стало наличие или отсутствие гипертонической болезни.

«Группу 0» (без диагноза «гипертоническая болезнь») составляют 41 человек. «Группа 1» (с диагнозом «гипертоническая болезнь») включает в себя 79 человек. (В данной группе не учитывались степень и продолжительность заболевания.) В зависимости от ведущей стратегии поведения в конфликте была определена структура стратегий в каждой группе.

Таблица 1

Предпочтения в выборе ведущей стратегии поведения в конфликтной ситуации

Ведущая стратегия поведения в конфликте	Группа 0 (без гипертонии)	Группа 1 (с гипертонией)
Сотрудничество	9,76 %	6,33 %
Соперничество	13,63 %	5,06 %
Компромисс	9,76 %	18,99 %
Избегание	17,07 %	15,19 %
Приспособление	21,05 %	27,85 %
Несколько стратегий	29,27 %	26,59 %

Из представленной таблицы 1 видно, что пожилые клиенты, не имеющие гипертонии, более расположены к сотрудничеству и менее расположены к компромиссу, чем клиенты, имеющие данное заболевание. Незначительные различия отмечаются по критерию «Соперничество», где активнее проявляются здоровые люди. Пациенты, имеющие гипертонию, менее склонны прибегать к данной стратегии.

Таблица 2

Распределение ведущих стратегий поведения в конфликте по группам

Место	Группа 0	Группа 1
1	Приспособление	Приспособление
2	Избегание	Компромисс
3	Сотрудничество	Избегание
4	Компромисс, соперничество	Сотрудничество
5		Соперничество

Среди обследуемых «Группы 0» (без заболевания):

- как ведущий способ поведения в конфликте преобладает стратегия «Приспособление» (22 %);
- наименее используемые способы поведения в конфликте «Соперничество» и «Компромисс».
- у 29 % испытуемых не наблюдается одной четко выраженной стратегии поведения в конфликте, преобладают 2 или 3 равно используемые стратегии.

Среди обследуемых «Группы 1» (с заболеванием) как ведущий способ поведения в конфликте преобладает «Приспособление» (28 %). Наименее используемые способы поведения в конфликте «Соперничество». У 27 % клиентов нет одной четко выраженной стратегии поведения в конфликте, выявлены две или три равно используемые стратегии. Таким образом, обе группы предпочитают пассивный вариант поведения в конфликтной ситуации, т. е. решают конфликт в ущерб собственным интересам.

Таблица 3

**Структура выборов стратегий у клиентов
по уровням стратегий в каждой группе**

Уровень	Группа	Сотрудничество	Соперничество	Компромисс	Избегание	Приспособление
высокий	«Группа 0» (без заболевания)	9,76 %	14,64 %	12,2 %	24,4 %	24,4 %
	«Группа 1» (с заболеванием)	2,54 %	3,81 %	16,51 %	8,89 %	29,21 %
средний	«Группа 0» (без заболевания)	34,16 %	68,32 %	63,44 %	65,88 %	63,44 %
	«Группа 1» (с заболеванием)	38,1 %	72,39 %	71,12 %	68,58 %	53,34 %
низкий	«Группа 0» (без заболевания)	56,12 %	17,08 %	24,4 %	9,7 %	12,2 %
	«Группа 1» (с заболеванием)	58,42 %	22,86 %	11,43 %	21,59 %	16,51 %

По количеству опрошенных, имеющих высокий уровень на первом месте находятся критерии «Избегание» и «Приспособление» в группе без заболевания, и критерий «Приспособление» в группе с заболеванием. По количеству средних оценок в обеих группах первое место занимает критерий «Соперничество». Наибольшее количество опрошенных, имеющих низкий уровень приходится на критерий «Сотрудничество». Необходимо отметить, что наибольшая разница в группах выявлена:

- с высокими оценками – по критерию «Соперничество» – пациенты без заболевания выбирают такой стиль поведения в конфликте чаще пациентов с гипертонией почти в 4 раза;
- с низким уровнем – по критерию «Компромисс» – реже, чем в 2 раза здоровые клиенты используют данный способ разрешения конфликтов по сравнению с больными гипертонией.

Большинство пациентов имеют средний уровень по критериям «Соперничество», «Компромисс», «Избегание», «Приспособление» (от 63 % до 72 %) и низкий по критерию «Сотрудничество».

Наибольшее число опрошенных в обеих группах приходится:

- с высоким уровнем на критерий «Приспособление»;
- со средним уровнем – на критерий «Соперничество»;
- с низким уровнем – на критерий «Сотрудничество».

Таким образом, можно сделать вывод, что для пациентов, не имеющих гипертонической болезни, «Соперничество» – более часто выбираемый способ поведения в конфликте, чем для людей, имеющих данное заболевание. Следовательно, «Сотрудничество» – наименее популярный для данной выборки пожилых клиентов КГЦ «Уют» способ поведения в конфликте. Необходимо подчеркнуть, что особенно мало высоких оценок по этому критерию в группе больных гипертонией. Тогда как «Приспособление» – наиболее часто выбираемый способ реагирования в конфликте так же для обеих групп.

Становится очевидным, что значительных различий в выборах ведущей стратегии поведения в конфликте для пожилых пациентов геронтологического центра нет. Следовательно, в конфликтных ситуациях больные гипертонией не имеют особенного поведения и не отличаются от своих сверстников, не имеющих данного заболевания.

В силу того, что между группами практически не выявлено различий в преобладающих способах поведения в конфликтных ситуациях, дополнительно нами была проведена диагностика по методике «*Экспресс-диагностика устойчивости к конфликтам*». Конфликтоустойчивость – это специфическое проявление психологической устойчивости. Она рассматривается как способность человека оптимально организовать свое поведение в трудных ситуациях социального взаимодействия, бесконфликтно решать возникшие проблемы в отношениях с другими людьми. Конфликтоустойчивость зависит от четырех групп факторов: *психофизиологических – проявляющихся в эмоционально-волевой устойчивости; когнитивных – проявляющихся в качестве психических познавательных процессов человека; мотивационных – проявляющихся в направленности личности человека и его мотивах в конкретной ситуации общения; социально-психологических – отражающих социально-психологические особенности личности, стереотипы ее взаимодействия с окружающими. Высокий уровень конфликтоустойчивости предполагает психологически грамотные действия и поведение в проблемных и предконфликтных ситуациях, оптимизацию взаимодействия с оппонентом в конфликте, недопущение втягивания себя в его эскалацию, сосредоточение усилий на конструктивное разрешение конфликта.*

Уровень устойчивости к возникновению конфликта

Группа	Уровень		
	Низкий	Средний	Высокий
«Группа 0» (без заболевания)	13,8 %	48,3 %	37,95 %
«Группа 1» (с заболеванием)	10,15 %	43,5 %	46,4 %

Из полученных данных (Таблица 4) видно, что большинство больных гипертонией имеют высокий уровень конфликтоустойчивости. В тоже время, большая часть пациентов без данного заболевания имеют средний уровень устойчивости к конфликту. Возможно, это объясняется тем, что больные артериальной гипертонией осознанно избегают конфликтных ситуаций в силу своего заболевания (проявляют самосохранительное поведение), т. к. эмоциональный всплеск вызывает повышение артериального давления и может привести к обострению заболевания, тогда как люди, не имеющие данного заболевания менее задумываются о последствиях стресса.

Таким образом, можно говорить о том, что в выборе ведущей стратегии поведения в конфликте пациентом, имеющим и не имеющим гипертоническую болезнь различий практически не имеется. Незначительные различия наблюдаются в распределении предпочитаемых стратегий. Однако, при исследовании уровня конфликтоустойчивости, выявлено, что больные гипертонией имеют более высокий уровень устойчивости к возникновению конфликта. Необходимо отметить, что в дальнейшей работе по психологической реабилитации данное исследование открывает широкие перспективы для анализа причин выбора пассивных стратегий поведения в конфликте большинством пожилых пациентов. Следовательно, эти аспекты необходимо учитывать при составлении индивидуальных программ психологической реабилитации пожилых пациентов. В связи с тем, что основным направлением деятельности геронтологического центра выступает формирование активного долголетия, мы видим своими основными задачами развитие у пожилых пациентов мотивации к активной жизненной позиции и навыков психической саморегуляции.

Литература

1. Анцупов А. Я., Шипилов А. И. Конфликтология / А. Я. Анцупов, А. И. Шипилов. – М.: Юнити-Дана, 2004. – 552 с.
2. Грецов А. Г., Азбель А. А. Узнай себя. Психологические тесты / А. Г. Грецов, А. А. Азбель. – СПб.: Питер, 2007. – 176 с.
3. Дмитриев, А. В. Социальные проблемы людей пожилого возраста: учебное пособие / А. В. Дмитриев. – СПб.: Питер, 2004. – 430 с.
4. Патологическая физиология: учебник для студентов мед. вузов /Н. Н. Зайко, Ю. В. Быць, А. В. Атаман. – ООО «МЕДпресс-информ», 2008, 640 с.

5. Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г. М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов. – М., Изд-во Института Психотерапии. 2007. – 496 с.
6. Конфликтология: учебник / А. В. Дмитриев. – М.: Альфа-М; ИНФРА-М, 2009. – 336 с.

«ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА ЛЕЧЕНИЯ» И «ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА ЗДОРОВЬЯ»

В. А. Урываев

Ярославская государственная медицинская академия

В отечественной медицинской психологии конструкт «внутренней картины болезни» (Лурия, 1944, 1977; Николаева, 1987 и др.) и конструкт «внутренняя картина здоровья» (Орлов, 1991; Каган, 1993 и др.) получили научное признание.

Со своей стороны (Урываев, 2000), как продолжение традиции психологического анализа субъектного поля лечения, мы предложили использовать в диагностической, коррекционной и терапевтической работе еще один конструкт – «внутренняя картина лечения». Мы полагаем, что его введение не только логически дополнит (замкнет, делает целостным) субъективный план (образ, картину) переживаний человека, обратившегося к врачу, но и позволит интегрировать в себя целый ряд современных тенденций развития медико-психологического знания. Прежде всего, укажем на исследования, тесно связанные с проблематикой внутренней картины здоровья и трансформацией ее в ходе заболевания.

По мнению ряда немецких исследователей, «карьера болезни» начинается с переживания, которое можно обозначить следующим образом: «со мной что-то не так!». На фоне привычной картины жизнедеятельности организма (протекающей в основном в неосознаваемом режиме), на первом этапе заболевания появляется ощущение «сбоя» в отлаженной системе обеспечения жизнедеятельности.

Это заставляет человека «прислушаться» к симптомам неблагополучия и, оценив их интенсивность и необычность, придти к выводу – «я заболел!» (вторая стадия «карьеры болезни»).

К этой стадии относятся усилия (активность) человека по реальному изменению своего привычного поведения: выполнение некоторых дел – откладывается, берется отпуск (пусть и кратковременный, на один-два три дня), выделяется время для дополнительного отдыха, усиливается внимание к питанию, приобретаются витамины и общеукрепляющие добавки; выбирается «щадящий» режим жизнедеятельности и проч., и проч.

По данным американского исследователя К. Элиота-Биннса (цит. по П. Фергюсон, 1999), на вопросы: искали ли они информацию и советы или занимались ли они самолечением прежде, чем обратиться к врачу общей практики, – 96 % опрошенных ответили утвердительно (на оба или на один из вопросов). 88 % получали советы и информацию от друзей и близких, а 52 % использовали хотя бы одну форму самолечения.

На этом этапе человек активно ищет способы борьбы с недугом: актуализирует детско-родительский опыт (в работах Н. и Х. Пезешкиан это описано как принципиально важная вещь); заново припоминаются важные для разрешения этих вопросов культурные особенности среды, в которой человек формировался как личность; вовлекаются в процесс поиска решения «проблемы» аптечные работники, экстрасенсы, любые знакомые и малознакомые; человек становится крайне сензитивным в отношении рекламы лекарств, размещенной в СМИ и проч., и проч. Отсюда следует, что «до»-медицинский уровень поведения человека становится крайне важным полем исследований и социальной психологии, и социологии, и экономики, и гигиены...

Утверждается, что до третьей стадии «карьеры болезни» – «я обращаюсь к врачу!» – доходит уже сравнительно небольшая часть симптомов, требующих медицинской консультации.

Английский исследователь М. Аргайл (1990) отмечает, что при исследовании ведущих факторов, которые детерминируют визит человека к врачу (сравнивались готовность человека пойти на консультацию к медикам с учетом интеллекта пациента, его социального положения, пола, финансового благополучия и проч.) решающую роль играет степень доверия населения (микроокружения человека, в частности) к медицине.

В рамках же нашей публикации важно подчеркнуть безусловное наличие активности человека еще перед принятием решения о визите. Очевидно, что с констатации этой активности перед визитом к врачу, мы должны начинать рассматривать вопрос об отношениях «внутренней картины здоровья и «внутренней картины лечения», формирование которой, предположительно, заканчивается (максимально полно оформляется) в кабине врача (в ситуации, когда пациента к врачу привел, по афористичному выражению А. Швейцера, «внутренний доктор»).

«Осмотрите врача, прежде чем он осмотрит Вас», – совет американских врачей, сформулированный в духе данного подхода.

Заметим, что греческое слово «pathos» в современных словарях переводится двояко, то с буквой «т» в середине слова (мы читаем – «патос»), то с буквой «ф» (читаем – «пафос»). По мнению известного российского философа, исследователя античной культуры А. Ф. Лосева (1988): «Патос» есть пассивное состояние души; это своеобразный страдательный

залог, причем никакой болезненности здесь нет. Я бы перевел «патос» как «претерпевание»». Мы видим, что выраженное субъективное начало заложено в самую основу переживания болезни (переживание может разрешиться как «защитной» активностью, так и обращением к «копинг-стратегиям»).

О том, что страдание – условие роста писали многие философы, в частности, Г. Ф. В. Гегель указывал, что развиваться мы можем только чрез переработку негативного (цит. по К. Дернер и У. Плог, 1997)

Диагностика выбора пациентом той или иной стратегии поведения в ходе лечения крайне важна для организации врачом эффективного взаимодействия. Мы полагаем, что сопряжение конструкторов «внутренняя картина здоровья» и «внутренняя картина лечения» отражает следующие важные тенденции развития исследований в сфере медицинской психологии.

Во-первых, введение такого конструктора может рассматриваться как своего рода продолжение традиции, указанной Карлом Роджерсом в его классических трудах (и практике) по «клиент-центрированной» терапии. Обратившийся за профессиональной медицинской помощью человек рассматривается в этой традиции как активное, деятельное, имеющее свободную волю и принимающее на себя ответственность за результаты начало (в Древнем Риме «клиент» – это свободный гражданин, отдающий под покровительство «патрона»).

Наличие активности и воли существенно изменяет ситуацию в сравнении с ситуацией, обозначенной привычным понятием «пациент» («болеющий», «страдающий»). Очевидным следствием введения нового термина («клиент»), стало появление понятия «контракт» как ситуации, фиксирующей взаимное согласие сторон (взаимное согласование усилий, взаимное признание важности усилий с обеих сторон) в отношении процесса лечения. В настоящее время практика заключения именно «контрактов» между лечащим врачом и пациентом постепенно распространяется в Европе, приобретая юридически закреплённые формы.

К примеру, в немецком учебнике по медицинской психологии и медицинской социологии (1988) согласие пациента на все проводимые с ними процедуры должно быть получено после того как врач расскажет о вероятности успешного лечения при рекомендуемом им способе помощи, после того как врач расскажет о вероятности осложнений при рекомендуемом им способе помощи, и после того как врач расскажет об альтернативных способах помощи при данном недуге.

В публикации нам важно зафиксировать для дискуссии тот факт, что без активности человека пришедшего на прием к врачу и активно

участвующем в процессе лечения современные представления о процессе лечения уже не воспринимаются как достаточно полные.

Хотелось бы отдельно подчеркнуть, что согласием на лечение не заканчивается процесс терапии, а только начинается. Есть проблемы реакции человека на «аппаратную медицину» (когда врач уходит, и человек оказывается окружен массой «мертвых блестящих штучек» или помещается в барокамеру). Еще один пример – реакция человека на стационарные условия лечения. Что переживает человек, оказавшийся в стационаре? Он «поражен в самых различных правах»: распорядок дня – не привычный, личное пространство – не его, питание – не привычное, привычные навыки личной гигиены – проблематичны или невозможны, посещения – регламентированы, рядом – опасности (кровь, смерть, инфекции), его социальный статус изменен и довольно резко (причем, отнюдь не в лучшую сторону)... В такой ситуации взаимосвязь «внутренней картины здоровья» и «внутренней картины лечения» – может стать основой улучшения того, что организаторы здравоохранения называют «качеством лечения».

Во-вторых, конструкты «внутренняя картина здоровья» и «внутренняя картина лечения» могут рассматриваться в рамках их соотношенности с понятием «комплаенс». Достижение комплаенса многими исследователями определяется как наиважнейшая (если не сказать – основная) цель взаимодействия между врачом и пациентом в ситуации консультации.

Заметим, что понятие «комплаенс», согласно современным исследованиям, представляет из себя результат развернутого во времени процесса, в который включены (D. Pendleton, 1983, о структуре отношений в кабинете врача, схематично):

- пациент (его личная модель здоровья, его медицинская эрудиция, стиль решения проблем, социализация, внутренняя картина болезни, мнение ближайшего окружения и проч.);
- врач (особенности его профессиональной социализации в высшей медицинской школе, его специальные медицинские знания и навыки, его стиль ведения врачебного разговора, стиль выписки назначений и проч.);
- собственно особенности взаимодействия в кабинете врача (у врача – готовность к сотрудничеству, понятный для пациента язык общения, межполовые различия, межвозрастные, статусные и проч.; у пациента – реакция на внушающие вопросы, внимание к деталям, полнота изложения жалоб и проч.);
- переживание и понимание (зрелость внутриличностной рефлексии) симптомов заболевания пациентом;
- понимание врачом жалоб пациента и выбор ресурсов лечебного воздействия;

- инструктирование пациента при окончании консультации (профилактика нон-комплаенса, всех его форм);
- принятие предписаний врача пациентом и формирование пациентом (совместно с уже отмеченным «внутренним доктором») плана деятельности по выздоровлению.

Здесь мы возвращаемся к научной рефлексии статусных позиций специалиста (врача) и человека пришедшего на прием в медицинское учреждение. В начале публикации указывалось, что со времен Карла Роджерса поставлен вопрос о необходимости смены ведущей модели отношений в медицине с «организмоцентрической» (человек – это «макробионт») и, соответственно, существо, в ситуации болезни зависимое от врача) на гуманистическую, «клиент-центрированную» (необходимость выстраивать отношения между участниками терапевтического процесса, через взаимное сближение позиций и организацию взаимодействия).

В латентном виде здесь заявлена исключительно важная для понимания существа происходящего в кабинете врача – проблема «власти» врача над пациентом. Не секрет, занятие самолечением, с позиций традиционной медицины – тяжелейший грех пациента. Если пациент строго выполняет предписания врача – он прав, если не выполняет – он может подвергнуться санкциям, часто изощренным. В своем анализе феномена властных отношений широко известная в социальной психологии (!) классификация источников власти иллюстрирует основные положения, опираясь на работу именно врача (Collins, Raven, 1968; звездочками отмечены шесть основных типов власти – В. У.): «Доктор может делать упор на свою легитимную* роль и настаивать на том, что пациент должен его слушаться; он может пытаться говорить с пациентом на «его языке» и установить с ним дружеские отношения, оказывая тем самым референтное* влияние; он может подчеркнуть факт своего образования, выстроить в своем кабинете в ряд книги и журналы, чтобы установить свою экспертную* власть; он может воспользоваться выражением одобрения или неодобрения как средством вознаграждения* или принуждения* или, если это в его силах, угрожать пациенту лишением медицинской помощи, он может использовать информационное* влияние, тщательно объясняя пациенту характер его болезни и необходимость выполнения рекомендуемых процедур или принятия лекарств».

Мы в данном случае оставляем без обсуждения очень важные проблемы различения «манипуляции» и «влияния», формирование у врача архетипа «раненного целителя», осознанных и неосознанных психотехник влияния и проч., – нам важно представить (в плане обозначенной темы дискуссии) факт теснейшей связи с социальной психологией, конструктов «внутренней картины здоровья» и «внутренней картины лечения».

ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ

К ВОПРОСУ О МОДЕЛИРОВАНИИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ СТРАТЕГИИ КОММУНИКАЦИИ

Т. А. Баранова, С. А. Никипелова

*ГБОУ ВПО «Нижегородский государственный университет
им. Н. И. Лобачевского»*

Проблема влияния коммуникативного поведения человека на состояние его здоровья неоднократно была предметом пристального внимания исследователей, широко представлена в научной литературе, успешно разрабатываются и прикладные аспекты: тренинги, семинары, рекомендации и т. д. (Болотова, 2008; Горянина, 2002; Лабунская, 2001).

Однако в мире, который становится все более усложненным и плюралистическим, глобальным, растет потребность современного человека защитить себя не только от огромного числа информационных потоков, порождаемых средствами массовой информации и глобальной сетью, но и уметь противостоять реальным социальным транзакциям, несущим деструктивный заряд, в том числе вызывающим беспокойство и болезненные переживания. Способность общаться невзирая на затруднения и барьеры влияет на жизнь человека, его личные, деловые контакты, требует усовершенствования коммуникативных навыков, независимо от того, осознается эта проблема человеком или нет. Поиск здоровьесберегающей стратегии коммуникации, на наш взгляд, задача не новая, но актуальная: люди, вступая в процесс общения с другими в различных сферах деятельности, по-прежнему испытывают психологические затруднения различной степени и как следствие дискомфорт и стресс.

Коммуникативный опыт отдельного человека и существующие социокультурные нормы формируют его вербальный язык и невербальное поведение, влияют на восприятие и интерпретации себя, других людей, окружающего мира. Таким образом, сформированная в процессе социализации уникальная модель коммуникативного поведения человека является важнейшим механизмом взаимодействия человека с другими, выступает как инструмент выстраивания системы взаимосвязи с миром. Однако известно, что эта модель в ряде случаев не может служить гарантом успеха в общении, коммуникация может нарушаться, ее последствия могут быть непредсказуемы и болезненны. Что человек может сделать, чтобы обеспечить себе эффективное общение с другими? Как должна

выглядеть стратегия выстраивания коммуникации, ведущая к взаимопониманию, развитию социального познания, разрешению конфликтов и укреплению и доминированию позитивных установок по отношению к себе и другим?

Для разработки стратегии эффективной здоровьесберегающей коммуникации нами была предпринята попытка исследования отношения современного человека к собственному коммуникативному опыту, причинам его неудач и перспективам развития эффективных инструментов общения.

В диагностическом исследовании приняло участие 109 студентов первого курса направления бакалавриата «Связи с общественностью и реклама» факультета международных отношений ННГУ им. Н. И. Лобачевского (г. Нижний Новгород), для которых коммуникативная компетентность является одним из ключевых профессиональных качеств. Анкета содержала 57 вопросов, касающихся представления человека о себе как о коммуникаторе, трудностей в общении, характеристики речевого поведения своего и других, качеств человека, влияющих на конструктивный (желательный) исход общения, выявления причин болезненных переживаний, стратегий снижения уровня негативного воздействия других людей, путей совершенствования коммуникативной компетентности и т. д.

Анализ полученных эмпирических данных показал, что оценка коммуникативного поведения человека, в том числе и своего собственного, представляется достаточно простым занятием, а в ряде случаев (9 %), испытуемые сочли рефлексию по этому поводу «совершенно ненужной», «бесполезной». 64 % респондентов считают, что коммуникативный опыт необходимо анализировать, это «полезное занятие», но они этого не делают, так как «нет времени», «все равно потом поступлю так же», «не знаю, как правильно это делать» и т. д. Лишь 27 % опрошенных признают необходимость анализа собственного коммуникативного поведения и контроля над ним, предпочитают осознанное отношение к процессу общения, к его последствиям.

Причинами негативных реакций на сообщения и поведение собеседника 71 % испытуемых считает нарушение им общепринятых норм, когда люди выходят за рамки того, что считается «нормальным» или «социально допустимым». В такой ситуации возникают трудности с интерпретацией сигналов, которые эти люди пытаются послать, поскольку они не соответствуют культурным правилам, так называемым ожиданиям. Респонденты считают, что подобные действия недопустимы, и выражают негативные диспозиционные атрибуции, считая человека «плохим», «глупым», «дурно воспитанным» или «лишенным здравого смысла». Поскольку наши культурные фильтры порождают набор ожиданий относительно других людей, коммуникация с людьми, чье поведение не соответствует нашим ожиданиям, часто ведет к негативным атрибуциям, что в свою очередь формирует негативные стереотипы. Эти атрибуции

образуют ядро стереотипа подобных людей, подкрепляя систему ценностей и ожиданий, которой мы изначально придерживались.

Несмотря на то, что требования к качеству коммуникации и позитивным ожиданиям достаточно высоки (96 % респондентов рассчитывают на эффективное взаимодействие в общении), эмпирические данные свидетельствуют также о том, что коммуникативный опыт респондентов полон болезненных воспоминаний о неудачах в общении (не те слова сказал, не ожидал такого финала, не так поняли, обманули и т. д.), содержит болезненные ощущения, связанные с пережитой тревогой, неопределенностью, социальной идентичностью и т. д. и вызывающие негативные эмоции, которые расшатывают Я-концепцию человека. Известно, что излишняя тревога и стресс могут стать серьезным препятствием на пути к эффективной коммуникации. Неопределенность, конфликт и контекст, условия общения превращают коммуникацию в сложный и творческий процесс, который может вызвать затруднения даже у опытных коммуникаторов. Учитывая эти обстоятельства, правомерно поставить вопрос: каким образом возможно развить навыки здоровьесберегающей коммуникации и улучшить отношения с другими?

Среди препятствий, мешающих эффективной коммуникации, респонденты называют следующие: 1) 14 % считают, что все люди одинаковы, или, по крайней мере, достаточно схожи для того, чтобы легко общаться друг с другом. Действительно, всем людям присущ ряд базовых сходств в биологических и социальных потребностях. Однако необходимо понимать, что коммуникация – это уникальная человеческая особенность, которую формируют специфика культуры и общества, в пространстве которого протекает коммуникативная деятельность. На основе этих суждений формируется стереотипное представление о легкости коммуникации («я со всеми могу найти общий язык», «могу заговорить с людьми из различных сфер деятельности», «у меня нет проблем в общении – все люди похожи» и т. д.);

2) 17 % называют одним из препятствий неумение (нежелание) коммуникантов согласовывать значения и смыслы сообщений: смыслы, вложенные в сообщение говорящим, и смыслы, присвоенные слушающим, не всегда идентичны. Значение слов в речевой практике может существенно расходиться с их кодовым (языковым) обозначением. Игнорирование этого факта приводит к упрощению интерпретации сообщений: не берутся во внимание всевозможные коннотации, а также невербальные сигналы, экспрессия, интонация голоса, поза, жесты и действия. Поскольку человек склонен продуцировать одиночные, простые интерпретации того, что, в сущности, является сложным процессом, постольку в коммуникации будут возникать проблемы.

3) 23 % не умеют «читать» невербальные сигналы коммуникации, которые, как известно, составляют большую часть коммуникативных

сообщений. Неправильная интерпретация невербального поведения может легко привести к конфликтам или конфронтации, которые нарушают коммуникативный процесс.

4) 28 % считают предубеждения и стереотипы препятствуют эффективной коммуникации. Хотя известно, что стереотипы и предубеждения в отношении других – естественные и неизбежные психологические процессы, влияющие на восприятие и коммуникативные контакты, излишняя опора на стереотипы может помешать коммуникантам объективно посмотреть на собеседников и их сообщения и найти подсказки, которые помогут проинтерпретировать эти сообщения в том ключе, в котором намеревались их передать. Стереотипы поддерживаются множеством психологических процессов (включая избирательное внимание), которые могут негативно влиять на коммуникацию.

5) 35 % указывают основным препятствием наличие у коммуникантов разных ценностных ориентаций, которые лежат в основе стремления оценивать других с позиций собственной системы ценностей. Это ведет к неприятию позиции другого, непониманию, разобщенности и формирует негативные атрибуты в отношении других людей и окружающего мира («все вокруг серые личности – с ними не о чем говорить», «у людей часто проявляются консервативные взгляды», «это люди из советской эпохи», «люди думают только о собственной выгоде», «для людей главное в общении – унижить тебя, подчинить себе» и т. д.).

6) 49 % респондентов отмечают наиболее значимым фактором, приводящим коммуникацию к провалу и вызывающим сильные переживания у коммуникантов, – повышенную тревогу, напряжение в общении, стресс. Действительно, излишняя тревога и стресс могут привести к дисфункциональным мыслительным процессам и поведению, могут усилить влияние всех остальных негативных факторов, повышая вероятность того, что люди станут догматично цепляться за жесткие интерпретации, держаться стереотипов, несмотря на объективные свидетельства об обратном, и негативно оценивать других.

На вопрос о том, как преодолеть возникающие коммуникативные проблемы, как участником эффективной здоровьесберегающей коммуникации, 25 % респондентов отметили необходимость приспособливаться к разным людям, их интересам, привычкам; 27 % считают необходимым способность понимать других; 31 % настаивают на необходимости учиться вести разговор; 32 % считают ключом к успеху осознание значимости культурных и психологических различий между людьми, 47 % считают, что здоровьесбережению в общении способствуют прежде всего терпимость (толерантность), доброта, искренность, 76 % считают, что преодолеть проблемы общения можно лишь при условии взаимного уважения и соблюдения прав (своих и собеседника).

Коммуникативная компетентность, по общей оценке респондентов, может быть смоделирована из следующих элементов:

- 1) потребности и мотивы коммуникаторов, их симпатии/антипатии к другим, интересы, представления о самом себе и открытость для новой информации;
- 2) ожидания, общие информационные сети, представление о более чем одной точке зрения, знание альтернативных интерпретаций и знание сходств и различий;
- 3) способность проявлять эмпатию, быть толерантным к многозначности, адаптировать коммуникацию, создавать новые категории, видоизменять поведение и собирать нужную информацию.

Если бы участники коммуникативного процесса умели пользоваться указанными знаниями и навыками, общение протекало более безболезненно и продуктивно (83 % респондентов), степень неопределенности в коммуникативной ситуации и уровень тревоги или стресса, который фактически испытывают участники общения, снизятся (42 %), осознание собеседниками своего поведения усиливается, они «вдумываются» в коммуникативный эпизод, т. е. в зависимости от того, в какой степени они предпринимают сознательные шаги по анализу собственного и чужого поведения, а также по адекватному планированию и интерпретации сообщений по мере развития диалога. Высокая степень вдумчивости уменьшает неопределенность и тревогу, приводя к эффективной коммуникации (24 %).

Таким образом, система представлений коммуникаторов об эффективной здоровьесберегающей коммуникации, позволяет выдвинуть предположение, что основной стратегией формирования коммуникативной компетентности следует считать модель коммуникативного процесса, учитывающую многообразие и сложность мира общения, построенную на основе содержательных и эффективных программ вмешательства в коммуникативную деятельность людей, чью жизнь они затрагивают.

Основными элементами учитывающей многообразие и сложности здоровьесберегающей коммуникативной модели являются три блока, содержание которых предполагает наличие ценностных ориентаций и регулирование эмоций, критическое мышление, открытость и гибкость коммуникативного поведения.

Первый блок модели рассматривает подходы к коммуникации с ценностных позиций, где конечной целью следует назвать ценностный релятивизм, признание многообразия ценностей. Сила этого подхода заключается как в повышении способности проявлять ценностный релятивизм, так и в направлении поведения коммуникантов во время повседневного общения с людьми из разнообразной среды. Осведомленность коммуникантов в этой области дает превосходную возможность лучше

понять позицию другого, уважительно к ней относиться, а в практической коммуникативной деятельности двигаться от отрицания и преуменьшения иных ценностей к интеграции. Этот путь непрост, поскольку из-за существования различий люди относительно легко начинают отрицать или преуменьшать их важность в нашей жизни. Как известно, наш собственный этноцентрический и стереотипный образ мышления, который сам по себе является неизбежным следствием нормального психологического функционирования, способствует тому, что мы приходим к негативным ценностным суждениям относительно этих различий. И вполне нормально, что мы проявляем по крайней мере слегка негативные эмоциональные реакции, когда сталкиваемся с различиями в ценностных ориентациях.

Эти негативные реакции – и негативные ценностные суждения, которые мы склонны выносить из-за своего этноцентристского и стереотипного мышления, – затрудняют использование нами более здоровых и конструктивных методов взаимодействия и мешают по-настоящему оценить эти различия и объединиться с демонстрирующими их людьми. Тот, кто способен регулировать свои эмоциональные реакции, сможет затем принять участие в более конструктивном коммуникативном процессе и открыто вступать в более успешные коммуникации. Следовательно, эмоции – центральная часть этого процесса и ключ к успешному коммуникативному опыту.

Если человек не может взять под контроль свои негативные эмоции, невозможно приступить к тому, что бесспорно будет мышлением более высокого порядка, относящимся к ценностным различиям.

Второй блок – использование критического мышления – опирается на ряд постулатов, служащих основой, базой для построения эффективной коммуникации. Культура, в рамках которой осуществляется жизнедеятельность человека, играет роль своеобразного психологического конструкта, где субъективные ее аспекты, существующие в нашем сознании в виде ментальных отпечатков или программ, являются наиболее важными для понимания влияния культуры на человеческое поведение. Культура имеет отношение к тому, в какой степени группа людей разделяет общие установки, ценности, представления и модели поведения.

Осмысление разнообразия социокультурных связей неизбежно приводит к признанию индивидуальных сходств и различий, что помогает людям стать более гибкими, уходя от предубеждений стереотипов. Один из ключей к улучшению межгрупповых и межличностных отношений – выработка здоровой гибкости по отношению к предубеждениям и стереотипам.

Понимание собственных культурных фильтров в процессе восприятия событий и поступков людей, размышление над ними и их интерпретация – один из важных первых шагов в понимании культурных

влияний на поведение – мы оцениваем чужое поведение при помощи культурных фильтров и схем. Необходимо формировать в себе «привычку» думать о различиях в когнитивной способности и поведении людей: это способствует лучшему пониманию собственных фильтров и искажений.

Третий блок – открытость и гибкость коммуникативного поведения – базируется на признании того, что конфликты, непонимание могут носить культурный характер. Понимая культурные влияния на поведение, можно допустить возможность того, что многие конфликты и непонимание обязаны культурным различиям. Избегание персонализации источника конфликта и непонимания в коммуникативной деятельности, сосредоточение на причинах, которые могут являться первичными для возникшего непонимания, позволяет принять во внимание то, не все конфликты возникают из-за личностных различий, невежества, глупости или узости мышления.

Гибкое поведение предполагает также признание того, что проявление терпения и презумпции добрых намерений дают коммуникаторам возможность предположить, что намерение собеседников могло быть добрым – нас озадачивают лишь поведенческие проявления этого доброго намерения. Проявляя терпение к подобным «правонарушениям» и предполагая добрые намерения в речевом взаимодействии, люди позволяют этой возможности осуществиться. Если мы станем практиковать терпение и предполагать добрые намерения, то сможем оперировать на уровне психологической культуры, изыскивая способы изучения скрытого намерения и реагирования на него, а не фокусируясь исключительно на поведении, которое мы находим оскорбительным.

Таким образом, сконструированная стратегия эффективной здоровьесберегающей коммуникации, основанная на результатах эмпирического исследования, предполагает достижение результатов в познании других людей (узнавая других, узнаешь себя), знакомство с многообразием человеческого поведения (обогащение своего жизненного опыта), интеграцию знаний и навыков в области эффективной коммуникации, включение в свою жизнь и профессиональную деятельность знаний о широком диапазоне человеческого поведения и приобретенных академических навыков.

Литература

1. Болотова А. К., Жуков Ю. М., Петровская Л. А. Социальные коммуникации. – М.: Гардарики, 2008. – 279 с.
2. Горянина В. А. Психология общения. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 416 с.
3. Психология затрудненного общения: Теория. Методы. Диагностика. Коррекция / В. А. Лабунская, Ю. А. Менджерицкая, Е. Д. Бреус. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. – 288 с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА КАК КОМПОНЕНТ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ (НА ПРИМЕРЕ КРАЕВОГО ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА «УЮТ»)

Н. И. Бондаренко, Н. В. Тихонова, В. А. Кирсанова

КГАУ СО Краевой геронтологический центр «Уют», Красноярск

В пожилом возрасте формируются психологические особенности личности человека, которые необходимо учитывать при разработке и реализации индивидуальных программ реабилитации. В этом возрасте складывается жёсткий внутренний порядок структуры личности, и люди по-разному реагируют на свои внутренние трудности. Некоторые пожилые люди, отрицая существование проблем, подавляют свои стремления, которые доставляют им неудобства, и отвергают их как нереальные и невозможные. Приспособление в этом случае достигается за счёт понижения уровня притязаний. Негативной стороной является отрицание того, что требует усилий. Пожилой человек постепенно может привыкнуть к такой ориентации, действительно отказаться от необходимого и действовать так, как если бы потребности не существовало.

Тем не менее, старость несет в себе много ценных, положительных качеств. Человек становится рассудительным, опытным. Неминуемо наступающие в старости возрастные снижения адаптационных возможностей компенсируются профессиональным мастерством, глубокими познаниями и навыками, приобретенными в течение всей жизни, высоким уровнем суждений, широтой кругозора. Таким образом, личность человека по мере его старения изменяется, но старение протекает по-разному, в зависимости от ряда факторов, как биологических (конституциональный тип личности, темперамент, состояние физического здоровья), так и социально-психологические (образ жизни, семейно-бытовое положение, наличие духовных интересов, творческой активности). Воспоминания о конфликтах, как правило, вызывают неприятные ассоциации: угрозы, враждебность, непонимание, попытки, порой безнадежные, доказать свою правоту, обиды. В результате сложилось мнение, что конфликт – всегда явление негативное, нежелательное для каждого из нас. Конфликты рассматриваются как нечто такое, чего по возможности следует избегать.

Необходимо отметить, что у пожилых людей психологические защитные механизмы приобретают некую косность и являются преобладающим способом реагирования на события окружающего мира. Способ защиты личности и стратегия поведения в позднем возрасте зависят от жизненного пути, особенностей личности, сформировавшихся стереотипов поведения. В пожилом возрасте происходят и специфические изменения и в эмоциональной сфере личности: неконтролируемое усиление

аффективных реакций (нервное возбуждение), склонность к беспричинной грусти, тенденция к эксцентричности, уменьшение чуткости, снижение способности справляться со сложными ситуациями.

К моменту старения у человека уже сложились определенные психологические защиты, которые он с разной эффективностью использует в течение жизни. Пожилым людям трудно быть адекватными в конфликтных ситуациях. Например, у них часто завышены требования к обслуживанию в условиях геронтологического центра. Либо они излишне болезненно реагируют при столкновении с трудностями в общении с персоналом и достижении взаимопонимания. Отсюда конфликты, возникающие «на пустом месте», с сотрудниками центра и между отдыхающими.

Исследование психологического статуса пожилых пациентов геронтологического центра имело целью найти взаимосвязь между ведущей психологической защитой (по опроснику Плутчика-Келлермана-Конте «Индекс жизненного стиля» (Life Style Index, LSI) и стратегией поведения в конфликте (методика «Стратегия выхода из конфликта»). Как дополнительный фактор был выбран уровень измерения надежды по К. Муздыбаеву.

Формирование у пожилых людей достаточной психической гибкости на основе оценки психологического статуса позволяет правильно понять себя и окружающих, способствует адаптации к переменам. Особую важность приобретает механизм компенсации, прежде всего компенсации своих потерь – сил, здоровья, статуса, группы поддержки. В то же время ригидность, трудности переключения, возрастающие в этом возрасте, препятствуют развитию нормальной компенсации. Препятствием является и сужение круга общения, загруженность других членов семьи, окружающих, что также не позволяет полностью реализовать этот механизм. В данном случае подразумевается доминирование какого-либо одного из этих механизмов, который начинает проявляться во всех, даже неадекватных для него ситуациях. Так, появляются нежелание новых контактов, даже боязнь их, стремление отгородиться от всех, в том числе и от близких людей, эмоциональная холодность, порой враждебность к ним. С этим связаны обидчивость, конфликтность, желание настоять на своем и в малом, и в большом. Отчуждение, уход и агрессия, часто проявляющаяся уже как деструктивность (например, участие в демонстрациях, митингах), являются важным показателем эмоциональной и личностной нестабильности, которые привели к фиксации на одном из непродуктивных механизмов психического функционирования.

Для исследования психологических защит пожилых пациентов геронтологического центра был выбран опросник Плутчика-Келлермана-Конте «Индекс жизненного стиля» (Life Style Index, LSI).

Характеристика психологических защит пожилых пациентов

Психологические защиты	%
Проекция.	42,18
Отрицание	26,64
Рационализация.	17,76
Гиперкомпенсация.	13,32
Замещение.	4,44
Вытеснение.	4,44
Регрессия.	2,22
Компенсация.	2,22

Из Таблицы 1 следует, что наибольшее число обследованных пациентов имеют ведущей психологическую защиту по принципу проекции (42,18 %). Суть ее заключается в том, что неприемлемые чувства, желания и даже некоторые аспекты личности человек отчуждает от себя и приписывает кому-то другому. Проекция – это тенденция человека приписывать окружающей среде ответственность за то, что берет свое происхождение в нем самом. К проекции прибегают тогда, когда встречаются с невозможностью принимать некоторые свои потребности и чувства, и поэтому приписывают их объектам окружающего мира. С миром человек устанавливает определенные отношения, характеризующиеся повышенной напряженностью (гнев, раздражение, страх, интерес, восхищение и т. д.)

В пожилом возрасте проекция часто проявляется как приписывание другим негативных эмоций или черт характера, которые невозможно признать в себе, т. е. человек, сам имеющий патологические черты характера (например, раздражительность и обидчивость), замечает их в других.

Проекция может расцениваться как патологическая только в том случае, если она становится систематической, если она проявляется как постоянный и стереотипный механизм защиты и возникает вне всякой зависимости от реального поведения других людей в данный момент времени. Однако здоровая проекция необходима: именно она поможет установить контакт и понять другого человека. Вообразить себе то, что чувствует другой, можно только встав на его место. Проекты на будущее – это проекции собственных фантазий.

Отрицание (к нему прибегают 26,64 % участвовавших в исследовании) – такая форма психологической защиты, которая характеризуется отказом от осознания определенных событий, переживаний и ощущений, которые были бы болезненны при их осознании, зачастую путем бегства в грезы, фантазии. Часто такой механизм возникает в отношении

каких-то хронических или «страшных» заболеваний. Проще и менее болезненно убедить себя, что ты не болен, чем принять факт наличия опасной болезни и приложить усилия к ее лечению, переживать, бояться не выздороветь. В связи с этим многие пожилые люди недостаточно внимательно относятся к рекомендациям врачей, и лечение заболевания приобретает периодический характер.

Значительно реже преобладают механизмы рационализации, гиперкомпенсации и замещения. Рационализация (преобладает у 17,76 % обследованных) – форма психологической защиты, характеризующаяся рациональным объяснением человеком своих желаний и действий, которые в действительности обусловлены иррациональными влечениями, которые социально или личностно неприемлемы. Примером рационализации может быть преувеличение имеющихся ценностей, чтобы дискредитировать недостижимое желаемое – «лучше синица в руках, чем журавль в небе». На ранних этапах развития личности рационализация – эффективный механизм защиты, но у пожилого человека излишне активное использование данного механизма может привести к неадекватному контролю поведения, к отсутствию правильного понимания себя в мире.

Гиперкомпенсация обозначена А. Адлером, как особая компенсация, при реализации которой не просто происходит избавление от чувства неполноценности, но достигается какой-то результат, позволяющий занять доминирующую позицию по отношению к другим. Т. е., при невозможности, к примеру, самостоятельно выполнять тяжелую работу по дому, но при сохранности мелкой моторики, некоторые пенсионерки начинают заниматься каким-либо видом рукоделия, достигая высокого уровня мастерства. Таким образом, 13,32 % обследованных имеют преобладающей именно эту защиту.

Остальные психологические защиты – замещение, вытеснение, регрессия и компенсация – наименее распространенные среди пожилых людей. В сумме они составляют 13,32 % опрошенных.

По утверждению некоторых ученых (В. Г. Каменская, Р. М. Грановская и др.), наиболее конструктивными психологическими защитами являются компенсация, гиперкомпенсация и рационализация, а наиболее деструктивными – проекция и вытеснение. Использование конструктивных защит снижает риск обострения конфликта или возникновения нового. По полученным данным можно утверждать, что лишь у 33,3 % пожилых пациентов имеются конструктивные психологические защиты. Большинство же – 66,7 %, используют деструктивные психологические защиты, что необходимо учитывать при проведении психологической работы и формировании индивидуальной программы реабилитации пожилого пациента.

Для исследования ведущей стратегии выхода из конфликта использована методика «Стратегия выхода из конфликта».

**Характеристика «Стратегии выхода из конфликта»
у пациентов геронтологического центра**

Стратегия	%
Компромисс	28,86
Избегание	28,86
Приспособление	13,32
Соперничество	11,1
Сотрудничество	4,44

Из всех обследованных пациентов по 28,9 % выбрали ведущей стратегией поведения в конфликте стратегию «компромисс» и стратегию «избегание». Компромиссная стратегия поведения характеризуется балансом интересов конфликтующих сторон на среднем уровне. Иначе ее можно назвать стратегией взаимной уступки. Она не только не портит межличностные отношения, но и способствует их положительному развитию. Компромисс может исчерпать конфликтную ситуацию при изменении обстоятельств, вызвавших напряженность.

Стратегия ухода (избегание) отличается стремлением уйти от конфликта. Она характеризуется низким уровнем направленности на личные интересы и интересы соперника и является взаимной. По сути, это взаимная уступка. Стратегия применима, когда предмет конфликта не имеет существенного значения ни для одного из субъектов и адекватно отражен в образах конфликтной ситуации, либо когда предмет спора имеет существенное значение для одной или обеих сторон, но субъекты конфликтного взаимодействия воспринимают предмет конфликта как несущественный. Межличностные отношения при выборе данной стратегии серьезным изменениям не подвергаются.

Обе эти стратегии не приводят к разрешению конфликта и продуктивны только в определенных ситуациях. Однако, в данном исследовании видно, что большинство опрошенных (57 %) выбирают эти две стратегии как наиболее типичные стратегии поведения в конфликтных ситуациях.

Оба типа реагирования в конфликте достаточно «экономны» по эмоциональным «затратам». Их преобладание можно объяснить высокой ценностью сложившихся социальных связей в пожилом возрасте и ослаблением эмоционально-волевого компонента личности – не всегда хватает волевых усилий на достижение желаемой цели, поэтому пожилые люди прибегают к стратегиям, наименее болезненным, и приводящим к скорейшему выходу из конфликта.

Приспособление как способ разрешения конфликта, предпочитают 13,32 %. Человек, придерживающийся данной стратегии, также стремится уйти от конфликта. Но причины «ухода» в этом случае иные.

Направленность на личные интересы здесь низкая, а оценка интересов соперника высокая, т. е. человек, принимающий стратегию уступки, жертвует личными интересами в пользу интересов соперника. В данной стратегии приоритет отдается межличностным отношениям.

Иногда в такой стратегии отражается тактика решительной борьбы за победу. Уступка здесь может оказаться лишь тактическим шагом на пути достижения главной стратегической цели. Уступка может стать причиной неадекватной оценки предмета конфликта (занижение его ценности для себя). В этом случае принятая стратегия является самообманом и не ведет к разрешению конфликта. Данная стратегия характерна для конформистской личности. В силу этого стратегия приспособления может придать конструктивному конфликту деструктивную направленность. Важно понимать, что стратегия уступки оправдана в тех случаях, когда условия для разрешения конфликта не созрели. В этом случае она ведет к временному перемирию, является важным этапом на пути конструктивного разрешения конфликтной ситуации.

Данная стратегия так же «мало затратна», как и две предыдущие, однако, в случае ее использования вопреки своему желанию достичь поставленной цели, создается высокое внутреннее напряжение, что может приводить к чувству вины или недовольства собой. При выраженных признаках неблагополучия может возникнуть временное болезненное состояние, например, невроз или ухудшение физического самочувствия. Иногда может развиться острое психическое состояние.

Детальный анализ данных по каждому пожилому пациенту показал, что стратегия избегания характерна для тех, у кого преобладает «вытеснение» и «отрицание». У большинства обследованных – 61,52 % с данной ведущей стратегией имеют выраженный механизм «вытеснение»; 30,79 – «отрицание» и 7,69 % – «регрессия». Компромисс как способ конфликтного поведения характерен для людей с психологической защитой «рационализация», у 90 % обследованных ведущей является эта психологическая защита.

Еще один компонент диагностики – уровень надежды. Надежда рассматривается как диспозиция личности, то есть как готовность к оценке возможного, возникающая при ожидании личностью какого-то важного и труднодоступного блага, а также готовность к последовательному поведенческому акту ради достижения этого блага.

При проведении анализа выбора стратегии поведения в конфликте и уровнем надежды так же прослеживается связь – пожилые люди, склонные добиваться желаемого, наиболее часто прибегают к стратегиям «компромисс» (47,74 %) и «соперничество» (21,7 %). Со стратегией «избегание» и со стратегией «приспособление» по 13,02 %, со стратегией «сотрудничество» 4,34 %. Те, кто в равной степени склонен и к планированию, и к достижению поставленных целей чаще выбирают

стратегию приспособления – 47,87 %, компромисс – 28,58 %, сотрудничество и избегание по 14,29 %. Соперничество не является ведущей стратегией поведения в конфликте ни для одного из тех, кто в одинаковой степени планирует и достигает поставленных целей.

Таким образом, из полученных диагностических данных можно сделать следующие выводы:

Ведущими стратегиями поведения в конфликтной ситуации для пожилых людей являются стратегии «избегания» и «компромисс».

Наиболее выражены у большинства опрошенных деструктивные психологические защиты «проекция» и «отрицание».

Конструктивные психологические защиты («рационализация», «компенсация», «гиперкомпенсация») присутствуют лишь у 38 %.

Пожилые пациенты, предпочитающие не только планировать, но и достигать поставленных целей, в качестве основной стратегии реагирования в конфликте выбирают стратегию «компромисс».

Пожилые люди, в равной степени склонные и к планированию, и к достижению поставленных целей чаще выбирают стратегию «приспособление» (47,87 %).

Для проведения более полного и развернутого анализа ситуации и выявления связей между стратегией поведения в конфликте и ведущей психологической защитой требуются дополнительные диагностические данные и наблюдения. Однако уже из полученных данных можно сделать вывод о том, что большинство пожилых людей имеют недостаточно развитые компенсаторные механизмы, в связи с чем они склонны к депрессиям, немотивированной агрессии, болезням и низкой социальной активности. Для нормального старения должен доминировать прежде всего адекватный и полный вид компенсации, т. е. этот механизм должен функционировать так, чтобы пожилой человек не уходил в мнимую компенсацию (обычно в свою болезнь), преувеличивая свои болезни и немощи, чтобы привлечь к себе внимание, вызвать интерес и жалость, а то и добиться более ощутимых материальных привилегий. С этой точки зрения становится понятной важность обучения новым видам деятельности, развитие креативности, появление нового хобби и любых форм творчества, так как с их помощью развивается полная компенсация. Психологическая и социальная работа, проводимая в геронтологическом центре строится на основе реализации этих компонентов.

Исследование механизмов психической жизни в позднем возрасте только начинается в полной мере, но уже первые работы показывают, что этот путь позволит не только лучше понять причины отклонений, но и помочь в их коррекции, ускорить и оптимизировать адаптацию пожилых людей к новому возрастному периоду, а также хотя бы частично преодолеть те негативные факторы, которые связаны с отрицательной оценкой своего жизненного пути.

Поскольку основной задачей геронтологического центра является формирование у пожилых пациентов мотивации сохранения и укрепления здоровья с целью активного долголетия и создание условий для активной жизни в период поздней зрелости, полученные данные исследования необходимо использовать с целью понимания причин поведения пожилых пациентов геронтологического центра для формирования индивидуальных программ реабилитации. Медико-социальное сопровождение в период старости и психологическая помощь может существенно изменить качество жизни пожилого человека. Создание условия для его психологической адаптации, разработки мер психологического обеспечения условий для сохранения активной жизненной позиции пожилого человека дает пожилому человеку новое видение самого себя, поможет побудить к перестройке субъективной картины мира. Активному долголетию пожилого человека способствует много факторов, ведущим психологическим из них можно считать развитие его как социально активной личности, как субъекта творческой деятельности и яркой индивидуальности.

Литература

1. Абрамова, Г. С. Возрастная психология: учебное пособие / Г. С. Абрамова. – М.: Академич. Проект, 2003. – 67 с.
2. Александрова, М. Д. Проблемы социальной и психологической геронтологии: учебное пособие / М. Д. Александрова. – СПб.: Питер, 2004. – 203 с.
3. Андреева, Г. М. Социальная психология. Курс лекций: учебное пособие / Г. М. Андреева. – М.: ВЛАДОС, 2007. – 290 с.
4. Безденежная, Т. И. Психология старения. Путь к долголетию: учебное пособие / Т. И. Безденежная. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2004. – 320 с.
5. Болотова, А. К. Психология развития: учебное пособие / А. К. Болотова, О. Н. Молчанова. – М.: ЧеРо, 2005. – 524 с.
6. Грановская, Р. М. Психологическая защита: пер. Изд. Речь, 2007. – 476 с.
7. Диева, В. И. Социально-психологическая реабилитация пожилых людей на современном этапе в условиях стационара / В. И. Диева // Отечественный журнал социальной работы. – 2007. – № 1. – С. 62-67.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА И ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

А. В. Добрин

ФГБОУ ВПО «Елецкий государственный университет им. И. А. Бунина»

Произошедшие в последние десятилетия демографические сдвиги, которые характеризуются сокращением количества детей и ухудшением их здоровья свидетельствуют о том, что задача сохранения и укрепления здоровья населения в настоящее время является крайне актуальной (Баранов, 1999, 2001).

Одной из ключевых проблем детской психологии является состояние психологического здоровья детей (Дубровина, 2000). Это объясняется тем, что психофизиологическое состояние в этом возрасте предопределяет эффективность функционирования как когнитивных, так и эмоциональных процессов, которые лежат в основе формирования личности (Обухова, 1996; Мухина, 2003; Безруких и др., 2005; Сергиенко, 2006). В ряде работ медицинского и психологического характера (Исаев, 1982; Эйдмиллер, Юстицкий, 2009) рассматриваются причины нарушения здоровья, факторы, ведущие к ухудшению здоровья детей, проявления симптомов болезни.

Многочисленные исследования показывают, что существует взаимосвязь психологического развития человека, интеллекта, различных особенностей личности с состоянием здоровья человека (Лурия, 1977; Зелинский, 1990; Остапенко, 1993; Тарабрина, 2000 и др.). К тому же интеллектуальный и эмоциональный компоненты, входящие во внутреннюю картину болезни формируют у заболевшего образ болезни, на основе которого он выстраивает своё поведение, направленное на преодоление заболевания (Лурия, 1977).

Известно, что любая деятельность детей опосредуется эмоциями, что говорит о значимости изучения способностей детей к пониманию, как своих эмоций, так и эмоций окружающих (Прусакова, Сергиенко, 2006).

Значение эмоций для человека очень трудно переоценить. От них зависит душевное и физическое состояние (Симонов, 1981, 1987; Levenson, 1999; Gross, 1999;), а способность воспринимать и выражать эмоции, усваивать, понимать и объяснять эмоции, регулировать свои эмоции и эмоции окружающих определяется Д. Мейером и П. Сэловеем как эмоциональный интеллект (ЭИ) (Mayer, Salovey, 1997), под которым понимается совокупность ментальных способностей, которые способствуют осознанию и пониманию собственных эмоций и эмоций окружающих (Mayer et al. 1990), а в его структуре выделяют такие компоненты как: способность безошибочно различать как собственные эмоции, так и эмоции других людей; способность использовать эмоции для повышения эффективности мыслительной деятельности; способность понимания значения эмоций; способность управлять эмоциями (Mayer et al. 1993).

В последнее время стали широко обсуждаться исследования прогностического значения эмоционального интеллекта, в связи с тем, что за последние годы накоплено огромное количество информации о взаимосвязи ЭИ с различными параметрами. Так выявлена взаимосвязь с лидерством (Андреева, 2003; Bertges, 2002, Wolff et al., 2002, George, 2000), организаторскими способностями (Giles, 2001), успешностью в общении (Mayer et al., 2004), эффективностью руководства (Goleman, 1998), самоконтролем (Ciarochi, Forgas, Mayer, 2001), эмоциональным благополучием (Mayer, Roberts, Barsade, 2008). К тому же эмоциональный интеллект

рассматривают как предпосылку физического и психического здоровья (Носенко и др., 2000; Ciarrochi, Dean, Anderson, 2002; Trinidad, Johnson, 2002; Brackett, Mayer, Warner, 2004).

Результаты многочисленных исследований показывают, что эмоциональный интеллект оказывает существенное влияние на здоровье, а так же на способность справляться с болезнью. Установлено, что на здоровье влияют такие компоненты эмоционального интеллекта, как способность адекватно управлять эмоциями и справляться со стрессом, оптимизм, возможность устанавливать личные цели и стремление к их достижению, чтобы реализовать свой потенциал. Кроме того, хотя и в меньшей степени, осознание своих возможностей и недостатков, а также своих сильных сторон, гибкость и адаптивность, способность решать личные и межличностные проблемы также представляется важным в достижении и поддержания хорошего физического здоровья (Slaski, & Cartwright, 2002; Bar-On, 1988, 2005; Fredrickson, 2004; Monselise, Bar-On, Chan, Leibushor, McElwee, & Shapiro, 2011).

Исходя из вышесказанного, а так же того, что любая деятельность детей опосредуется эмоциями (Прусакова, Сергиенко, 2006) изучение эмоционального интеллекта детей является очень важной задачей, так как это даст возможность спрогнозировать поведение и отношение ребёнка к болезни, а выявление взаимосвязи эмоционального интеллекта с типом профиля функциональной сенсомоторной асимметрии даст возможность выработать необходимые механизмы прогнозирования адаптационных особенностей ребёнка (Люсин, Ушаков, 2009).

Однако на сегодняшний день нет данных о взаимосвязи ЭИ с типом профиля функциональной сенсомоторной асимметрии (ФСМА) или с отдельными его параметрами.

Исследования механизмов эмоциональной регуляции крайне противоречивы, что связано как со сложностью самих эмоциональных феноменов, так и с разнообразием методических подходов к их анализу (Леутин, Николаева, 2008). Наибольшее разнообразие в результатах встречается в описании связи полушарий с эмоциональными проявлениями (Bishop, 2001; Megreya, Navard, 2011).

Одни данные свидетельствуют о связи с эмоциями только правого полушария и о его преимуществе в опознании и экспрессии эмоций в любых возрастах (Annett, 2008), которое является частью системы, ответственной за врожденные основные эмоции (Prodan e. a., 2001). Другие данные показывают, что разные уровни регуляции сложным образом распределены по полушариям. Некоторые авторы полагают, что левое полушарие в этом случае осуществляет эмоциональную регуляцию, контролируя правое полушарие (Tucker, 1981; Semenza e. a., 1986).

Вдобавок, на сегодняшний день нет единого мнения о том, какие латеральные признаки отражают центральную асимметрию мозга (Bourassa,

McManus, Bryden, 1996; Фокин, 2004). Одни исследователи продолжают традиции, заложенные А. Р. Лурией (Лурия, 1975), оценивая профиль ФСМА (Лурия А. Р., 1975), другие рассматривают в отдельности сенсорную и моторную сферы (Безруких, 2003), третьи рассматривают отдельные показатели, такие как ведущая рука, нога, ухо и глаз, так как считают, что сам по себе профиль ФСМА в целом не является прогностическим параметром (Jiang, Ding, Gold, Powell, 2008).

Противоречивость данных о связи эмоциональной сферы с правым и с левым полушарием обусловлена и различной степенью выраженности лево- или праволатеральных признаков у испытуемых. Именно поэтому одной из нерешенных проблем представляется описание специфики эмоционального интеллекта у детей с различным типом профиля функциональной сенсомоторной асимметрии.

Нами было обследовано 60 детей в возрасте 7–8 лет, учащихся МОУ СОШ №1 г. Ельца. Исследование проходило в два этапа. На первом этапе проводилась оценка латеральных признаков, которая складывалась из выявления ведущей руки, ноги, уха и глаза. Для этого использовались наиболее часто встречающиеся в литературе пробы. На втором этапе исследования выявлялся уровень развития некоторых параметров эмоционального интеллекта.

Для определения ведущей руки использовали такие пробы как: проба «Сцепление пальцев рук»; проба «Поза Наполеона»; проба «Плечевой тест»; проба «Аплодирование»; проба «Рука берущая предмет»; проба «Отвинчивание крышки на баночке». Все вышеперечисленные пробы выполнялись трижды. Проба «Рисование круга и квадрата с закрытыми глазами»; теппинг-тест – в данном исследовании теппинг-тест использовался только для определения ведущей руки; проба «Рука, которая держит ручку, карандаш» (Леутин, Николаева, 2008).

Для определения ведущей ноги использовались такие пробы как: проба «Положить ногу на ногу»; проба «Подпрыгнуть на одной ноге»; проба «Наступить на предмет»; проба «Пнуть мяч»; проба «Движение с закрытыми глазами»; проба «Шаг назад»; проба «Поставь колено на стул» на стул; проба «Прыжок вперед». Все эти пробы выполнялись трижды (Леутин, Николаева, 2008).

Для определения ведущего глаза использовались такие пробы как: проба «Калейдоскоп»; проба «Прицеливание»; проба «Подзорная труба»; проба «Лампа». Все пробы выполняются трижды (Леутин, Николаева, 2008).

Для определения ведущего уха использовались такие пробы как: проба «Прислушаться к тиканью часов»; проба «Замочная скважина»; проба «Повторение слов» Все пробы повторялись трижды (Леутин, Николаева, 2008).

Обследование детей проводилось в школе индивидуально с каждым ребёнком. Перед проведением проб, давалась словесная инструкция по каждому методу сопровождающаяся демонстрацией, в случае

проведения проб. Все результаты проб фиксировались в специальный протокол. Определение показателей профиля функциональной сенсомоторной асимметрии с каждым ребёнком проводилось в один экспериментальный день.

Обработка проб проводилась при помощи метода, предложенного Е. Ю. Борисенковой и Е. И. Николаевой (2008). Суть метода заключается в следующем: каждому буквенному выражению результата проб присваивалось числовое выражение. Так правым исполнениям пробы приписывалось 2 балла, симметричным – 1 балл, левым – 0 баллов. Далее высчитывался общий показатель ведущей руки, ноги, глаза и уха, как среднее арифметическое по результатам выполнения всех проб для данного показателя.

Кроме измерения величины латерализации каждого показателя рассчитывался профиль функциональной сенсомоторной асимметрии (Леутин, Николаева, 2008). Для этого была проведена проверка соответствия полученного распределения нормальному закону при помощи непараметрического критерия Колмогорова-Смирнова и программы обработки данных SPSS (Наследов, 2005). Результаты проверки на соответствие нормальному закону распределения позволили применить метод шкалирования равных интервалов (С. Стивенса) для определения границ профилей (Сидоренко, 2002).

В результате выделена интервальная шкала, на основе которой происходило деление детей на типы профиля функциональной сенсомоторной асимметрии: левый тип профиля 1,392-2,742; смешанный 2,742-4,056; правый 4,056-5,389.

Эмоциональный интеллект складывался из следующих параметров: эмоциональная ориентация ребёнка на мир людей или мир вещей «Дорисовывание: мир вещей – мир людей – мир эмоций», на себя или на других «Три желания» (Нгуен, 2008), а так же их умение идентифицировать эмоции и их описывать «Эмоциональная пиктограмма» (Изотова, Никифорова, 2004).

После этого все данные вводились в компьютер и обрабатывались при помощи программы SPSS 17.

По результатам исследования оценка типа профиля функциональной сенсомоторной асимметрии дала следующие результаты: правый тип профиля выявлен у 55 % испытуемых, левый – у 23,33 % и смешанный – у 21,67 % испытуемых. Это соответствует данным других исследований, применявших подобный тип анализа профиля функциональной сенсомоторной асимметрии (Гудкова, 2009).

Анализ данных по методикам, направленным на определение параметров эмоционального интеллекта, показал, что наиболее высокие показатели развития эмоционального интеллекта наблюдаются у испытуемых с правым и смешанным типами профиля.

Было установлено, что испытуемые с правым типом профиля в большей степени по сравнению с испытуемыми с левым и смешанным типами профиля имеют эмоциональную ориентацию на мир людей, а не на мир вещей ($p \leq 0,05$, Т-критерий Стьюдента).

Преимущество детей с правым профилем было выявлено и для узнавания и описания эмоций по результатам методики «Эмоциональная пиктограмма». Результаты анализа данных позволил сделать вывод, что дети преимущественно кодируют эмоции через экспрессивный эталон – пиктограмму мимических или пантомимических признаков, а также используют обобщённую вербальную характеристику эмоционального процесса ($p \leq 0,05$, Т-критерий Стьюдента). На основании чего можно сказать, что эмоциональный компонент внутренней картины болезни зависит от того, насколько хорошо ребёнок понимает свои и чужие эмоции, насколько полно и точно он кодирует экспрессивную и пантомимическую информацию, поступающую как от других детей, так и от взрослых, и в частности от медицинского персонала, который окружает ребёнка во время болезни. Это оказывает влияние на внутреннюю картину болезни, на отношение к заболеванию.

Для того, чтобы определить факт влияния типа профиля функциональной сенсомоторной асимметрии на параметры эмоционального интеллекта проводился линейный регрессионный анализ. Было показано влияние независимой переменной «профиль функциональной сенсомоторной асимметрии» на зависимую переменную «эмоциональная ориентация на мир людей или мир вещей» ($R=0,329$, $R^2=10,8$, при $P=0,010$ и положительном коэффициенте регрессии). Следовательно, переменная «профиль функциональной сенсомоторной асимметрии» объясняет 10,8 % дисперсии переменной «эмоциональная ориентация на мир людей или мир вещей»: чем больше правых признаков есть у человека, тем в большей мере он ориентируется на мир людей, а не на мир вещей.

Обнаружено влияние независимой переменной «профиль функциональной сенсомоторной асимметрии» на зависимые переменные «эмоциональная ориентация на себя или других людей» ($R=0,256$, $R^2=0,066$, при $P=0,048$ и положительном коэффициенте регрессии). Следовательно, чем больше вероятность у ребенка наличия правого профиля, тем в большей мере он ориентируется в общении на других людей.

Ребенок, у которого преобладает правый тип профиля функциональной сенсомоторной асимметрии, в большей степени ориентирован на других людей, а так же в общении он преимущественно ориентируется на других людей. Поэтому для таких детей очень важно получать как можно больше эмоциональной информации от окружающих, а в случае болезни им необходим более эмоциональный контакт с медицинским персоналом.

Мы попытались оценить влияние каждого параметра профиля функциональной асимметрии на выраженность эмоционального интеллекта

детей. Оказалось, что отсутствует влияние показателей латерализации в моторной сфере, однако есть значимое влияние параметров, связанных с сенсорной сферой.

Независимая переменная «ведущее ухо» влияет на все изученные параметры эмоционального интеллекта: «эмоциональная ориентация на мир людей или мир вещей» ($R=0,322$, $R^2=0,104$, при $P=0,012$), «эмоциональная ориентация на себя или на других» ($R=0,288$, $R^2=0,083$, при $P=0,025$), «представление об эмоциях» ($R=0,305$, $R^2=0,093$, при $P=0,018$). Независимая переменная «ведущий глаз» влияет на переменную «эмоциональная ориентация на себя или других» ($R=0,377$, $R^2=0,114$, при $P=0,008$).

В соответствии с этим, можно предположить, что различные поражения зрительной или слуховой систем ребёнка ведут к снижению точности поступающих извне сенсорных сигналов, а, следовательно, влияют на возможности понимать как своих, так и чужие эмоции.

Следовательно, влияние профиля функциональной сенсомоторной асимметрии на параметры эмоционального интеллекта обусловлено влиянием латерализации в сенсорной, а не в моторной сфере: чем более выражено преимущество правого уха или глаза, тем лучше понимание собственных эмоций и эмоций, обнаруживаемых у других. Можно предположить, что связь с параметрами эмоционального интеллекта выраженности латеральных признаков в сенсорной сфере происходит за счет более точного описания поступающей извне информации. Более того, эмоциональный интеллект в большей мере связан с активностью левого, а не правого полушария

Литература

1. Андреева И. Н. Взаимосвязь социальной компетентности и эмоционального интеллекта у подростков // Женщина. Образование. Демократия: Материалы 5-й международной междисциплинарной научно-практической конф. 6-7 ноября 2002 г., г. Минск / Ред. коллегия: Л. А. Черепанова, Г. И. Шатон, А. А. Аладын. Минск, 2003. – С. 194-196.
2. Баранов А. А. (ред.) Здоровье детей России – М.: Союз педиатров России, 1999. – 273 с.
3. Баранов А. А. Состояние здоровья детей на рубеже веков: проблемы и решения // Проблемы туберкулеза. 2001. – № 1. – С. 3-9.
4. Безруких, Н. В. Дубровинская, Д. А. Фарбер. Психофизиология ребенка: Учеб. пособие / М. М. 2-е изд., доп. – М.: Издательство Московского психолого-социального института; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2005. – 496 с. – (Серия «Библиотека психолога»).
5. Безруких М. М. К вопросу о функциональной межполушарной асимметрии и латерализации моторных функций // Актуальные вопросы функциональной межполушарной асимметрии. – М.: НИИ мозга РАМН, 2003. – С. 27-28.
6. Гудкова Т. В. Особенности речевых проблем у детей дошкольного возраста с различным типом профиля функциональной сенсомоторной асимметрии / Психология человека в современном мире (К 120-летию со дня рождения С. Л. Рубинштейна, 15–16 октября 2009 г.): сборник материалов Всероссийской научной конференции. В 4 т. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН». 2009. – Т. 4. – Ч. 3. – С. 337–343.

7. Изотова Е. И., Никифорова Е. В. Эмоциональная сфера ребенка: Теория и практика: Учеб. пособие для студ. вузов. М.: «Академия», 2004.
8. Исаев Д. Н. Психологическое недоразвитие детей. -Л.: Медицина, 1982. – 224 с.
9. Леутин В. П., Николаева Е. И Функциональная асимметрия мозга: мифы и действительность. СПб: Речь, 2008.
10. Лурия А. Р., Симерницкая Э. Г. О функциональном взаимодействии полушарий головного мозга в организации вербально-мнестических функций // Физиология человека. – 1975. – Т. 1, № 3. – С. 411-417.
11. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. М.: 1944, М.: 1977. – 279 с.
12. Мухина В. С. Возрастная психология. М.: АCADEMA, 2003. – 456 с.
13. Николаева Е. И., Борисенкова Е. Ю. Сравнение разных способов оценки профиля функциональной сенсомоторной асимметрии у дошкольников // Асимметрия. 2008. Т. 2, № 1. – С. 32-39.
14. Наследов А. Д. SPSS: Компьютерный анализ данных в психологии и социальных науках. – СПб.: Питер, 2005.
15. Нгуен М. А. Диагностика уровня развития эмоционального интеллекта старшего дошкольника // Ребёнок в детском саду. 2008. № 1. – С. 83-85.
16. Носенко Е. Л., Чоботарь А. И., Элькинбард О. Б. Формирование эмоционального интеллекта как фактора предупреждения стрессовых состояний у детей // Наука і освіта. Одеса, 2000. № 1-2. – С. 190-192.
17. Обухова Л. Ф. Детская (возрастная) психология. Учебник. – М.: Российское педагогическое агентство, 1996. – 374 с.
18. Прусакова О. А., Сергиенко Е. А. Понимание эмоций детьми дошкольного возраста // Вопросы психологии. 2006. № 4. – С. 24-35.
19. Сергиенко Е. А. Раннее когнитивное развитие: новый взгляд. М.: Изд. Институт психологии РАН, 2006. – 464 с.
20. Сидоренко Е. В. Методы математической обработки в психологии. – СПб.: ООО «Речь», 2002. – 350 с., ил.
21. Симонов П. В. Мотивированный мозг / М.: Наука, 1987 – С. 269.
22. Симонов П. В. Эмоциональный мозг / М.: Наука. – 1981. – 213 с.
23. Социальный и эмоциональный интеллект: От процессов к измерениям / Под ред. Д. В. Люсина, Д. В. Ушакова. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009. – 351 с. (Интеграция академической и университетской психологии).
24. Фокин В. Ф. Эволюция центрально-периферической организации функциональной межполушарной асимметрии // Функциональная межполушарная асимметрия. Хрестоматия. – М.: Научный мир, 2004. – С. 46-79.
25. Эйдемиллер Э., Юстицкий В. Психология и психотерапия семьи. 4-е изд. – СПб: Питер, 2009. – 672 с.
26. Annett, M. (2008). Tests of the right shift genetic model for two new samples of family handedness and for the data of McKeever (2000). *Laterality*, 13, 2, 105-123.
27. Bar-On, R. The development of a concept of psychological well-being. Unpublished doctoral dissertation, Rhodes University, South Africa. 1988.
28. Bar-On, R. The impact of emotional intelligence on subjective well-being. *Perspectives in Education*. 2005. V- 23 (2), 41-61.
29. Bertges W. M. The relationship between stressful life events and leadership in adolescents with an emphasis on explanatory styles and Emotional Intelligence. *Dissertation Abstracts International*. 2002. 62. 11-B.

30. Bishop D. V. M. Individual Differences in Handedness and Specific Speech and Language Impairment: Evidence Against a Genetic Link. // *Behavior Genetics*. 2001. V31. – P. 339-351.
31. Bourassa D. C., McManus I. C., Bryden M. P. Handedness and eye-dominance: A meta-analysis of their relationship // *Laterality*. 1996. V. 1, N1. – P. 5-34.
32. Brackett M. A., Mayer J. D., Warner R. M. Emotional intelligence and its relation to every day behaviour // *Personality and Individual Differences*. 2004. V. 36. – P. 1387-1402.
33. Ciarrochi J. V., Dean F. P., Anderson S. Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health // *Personality and Individual Differences*. 2002. V. 32. – P. 197-209.
34. Ciarrochi J., Forgas J. P., Mayer J. D. *Emotional intelligence in everyday life*. Philadelphia: Psychology Press, 2001.
35. Fredrickson, B. L. The broaden-and-build theory of positive emotions. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London: Biological Sciences*. 2004. P – 359, 1367-1377.
36. George G. Emotions and leadership: The role of emotional intelligence // *Human Relations*. 2000. Vol. 53. – P. 1027-1055.
37. Giles S. I. S. The role of supervisory emotional intelligence in direct report organizational commitment: Unpublished master's thesis. University of South Wales, Sydney, Australia, 2001.
38. Goleman D. What makes a leader? // *Harvard Business Review*. 1998. V. 76. P. 205-323.
39. Gross J. J. Emotion regulation: past, present, future // *Cognit. Emot.* – 1999. – Vol. 13. – P. 551-573.
40. Jiang Y., Ding J., Gold B. T., Powell D. K. Hemispheric Asymmetries in Tracking Occluded Moving Targets with the Mind's Eye: Simultaneous Event-Related fMRI and Eye-Movement Recording // *Brain Imaging and Behavior*. 2008. V. 2. – P. 300-308.
41. Lazarus R. S. On the primacy of cognition // *Am. Psychologist* – 1984. – Vol. 39. – P. 124-129.
42. Levenson R. W. The intrapersonal functions of emotion // *Cognit. Emot.* 1999. – Vol. 13. – P. 481-504.
43. Mayer J. D., Paolo M. Di, Salovey P. Perceiving affective content in ambiguous visual stimuli: A component of emotional intelligence – *Pers. Assessment*. 1990. V. 54. № 3, 4. – P. 772–781.
44. Mayer J. D., Roberts R. D., Barsade S. G. Human abilities: emotional intelligence // *Annual Review of Psychology*. 2008. V. 59. – P. 507-536.
45. Mayer J. D., Salovey P. What is emotional intelligence? // *Emotional development and emotional Intelligence: Educational Implications* / Ed. by P. Salovey, D. Sluyter. New York: Perseus Books Group, 1997. – P. 3-31.
46. Mayer J. D., Salovey P. The intelligence of emotional intelligence – *Intelligence*. N. Y., 1993. – P. 433-442.
47. Mayer J. D., Salovey P., Caruso D. Emotional intelligence: Theory, Findings, and Implications // *Psychological Inquiry*. 2004. V. 15. № 3. – P. 197-215.
48. Megreya A. M., Havard C. Left face matching bias: Right hemisphere dominance or scanning habits? // *Laterality*. 2011. V 16,N1. – P. 75-92.
49. Monselise, A., Bar-On, R., Chan, L. J. Y., Leibushor, N, McElwee, K. J., & Shapiro, J. Examining the relationship between alopecia areata, androgenetic alopecia and emotional intelligence. Submitted to the *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2011.

50. Prodan C. I., Orbelo D. M., Testa J. A., Ross E. D. Hemispheric differences in recognizing upper and lower facial displays of emotion // *Neuropsychiatry Neuropsychobiol. Behav. Neurol.* 2001. –V. 14. – № 4. – P. 206-212.
51. Slaski, M., & Cartwright, S. Health, performance and emotional intelligence: An exploratory study of retail managers. *Stress and Health*, 2002. Vol. 18, 63-68.
52. Semenza C., Pasini M., Zettin M., Touin P., Portolan P. Right hemisphere patients' judgements on emotions // *Acta Neurologica Scandinavica*. – 1986. – V. 74, № 1. – P. 43 -50.
53. Tucker don M. Lateral brain function, emotion and conceptualization // *Psychological Bulletin*. 1981. –V. 89, N1. – P. 19-46.
54. Trinidad G. R., Johnson C. A. The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use // *Personality and Individual Differences*. 2002. V. 32. – P. 95-100.
55. Wolff S. B., Pescosolido A. T., D'skat V. U. Emotional intelligence as the basis of leadership emergence in self-managing teams // *The Leadership Quarterly*. 2002. V. 13. – P. 505-522.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Е. Л. Давыдов, В. Ф. Капитонов, Е. И. Харьков

*ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ*

На сегодняшний день не вызывает сомнения, что частота заболеваемости артериальной гипертонией (АГ) увеличивается с возрастом. По данным анализа национальной репрезентативной выборки в РФ распространенность АГ после 60 лет составляет свыше 60 %, а после 80 лет приближается к 80 % (Сафарова, 2009). В 80-е годы вышел в свет доклад Гриффитца, где отмечалось, что центральным моментом в управлении, планировании и предоставлении медицинских услуг для всего населения должна стать оценка того, насколько хорошо предоставляется медицинская помощь в конкретных учреждениях здравоохранения. Это, в свою очередь, становится возможным только при изучении реального опыта пациентов и их оценок качества предоставляемой помощи (Аарва, 2007). Социологический подход к анализу качества медицинского обслуживания предполагает включение наряду с объективными показателями и систему субъективных индикаторов – мнений, суждений самих пациентов, которые по существу оценивают удовлетворенность медицинским обслуживанием, степень реализации потребностей и интересов при взаимодействии с системой здравоохранения (Антонова, 2007; Белоконь, 2008). Важным преимуществом опроса перед медицинской документацией является и то, что он позволяет установить связь между обращаемостью за лечебно-диагностической помощью, демографическими и социально-экономическими характеристиками пациентов (Артюхов и соавт., 2010).

Цель нашего исследования – изучить социально-экономическую характеристику больных пожилого и старческого возраста страдающих артериальной гипертонией.

Обследовано 426 больных АГ II-III стадии (по рекомендациям ВНОК-2010 и ESH/ESC-2009), проживающих в г. Красноярске, ранжированных по возрасту на 3 группы: 1-я группа – 108 больных трудоспособного (среднего) возраста (45-59 лет – по классификации ВОЗ 1963 г.), из них 40,7 % (44) мужчин и 59,3 % (61) женщин; и две группы лиц нетрудоспособного возраста: 211 пожилых лиц (60-74 года), из них – 36,5 % (76) мужчин и 63,5 % (135) женщин (2-я групп); и 107 – старческого возраста (75 лет и старше) – 43,0 % (46) мужчин и 57,0 % (61) женщин (3-я группа).

Для проведения исследования был разработан оригинальный опросник, включающий, блок вопросов, характеризующих медико-социальные аспекты (в этот «кейс» была включена часть вопросов, представленных А. В. Решетниковым) (Решетников, 2007). Исследование проводилось с использованием классификации семей и их медико-социального состояния (Артюхов и соавт., 2010).

Результаты исследований вносились в протоколы. Для статистической обработки использовали программу SPPS v. 19. Описательные статистики представлены абсолютными и относительными значениями, средними величинами и 95 % доверительными интервалами (ДИ). Для проверки гипотезы о нормальности распределения применялся критерий Колмогорова-Смирнова. Для определения значимости различий между качественными и ранговыми учетными признаками, при множественных сравнениях использовали критерий Краскелла-Уоллиса, при попарном сравнении – критерий Манна-Уитни с поправкой Бонферрони. Для сравнения относительных показателей использовали критерий № 2 и точный критерий Фишера. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Средний возраст обследуемых пациентов в 1-й группе у мужчин составлял 53,7 года (95 % доверительный интервал (ДИ) 52,5 – 54,9), у женщин – 54,0 года (ДИ 53,0 – 54,9). Во 2-й группе средний возраст мужчин составил 67,2 года (ДИ 66,2 – 68,2 года), у женщин 67,3 года (ДИ 66,6 – 68,0 года). В 3-й группе средний возраст мужчин составил 81,5 года (ДИ 80,4 – 82,6), у женщин – 79,4 года (ДИ 78,5 – 80,4).

Проведенный анализ самооценки своего здоровья пациентами показал, что более половины пациентов старческого возраста оценивают свое здоровье как плохое (55,6 % мужчин и 61,3 % женщин), а респонденты пожилого (51,9 % мужчин и 59,7 % женщин) и трудоспособного возраста (65,9 % мужчин и 70,3 % женщин) как удовлетворительное. Такая разница в оценке своего здоровья у пациентов разных возрастных групп вполне объяснима, так как с возрастом снижаются функциональные резервы организма, превалируют полиморбидные состояния.

Немалое значение на состояние здоровья людей старших возрастных групп оказывает семейное состояние и наличие тесных связей с детьми. Проведенный анализ семейного положения респондентов показал, что доля пациентов страдающих АГ и состоящих в браке в настоящее время, в первой группе составляет 73,1 %, что в 1,3 и 2,0 раза выше по сравнению со второй (58,5 %, $p=0,002$) и третьей (37,4 %, $p=0,0001$) группами соответственно.

Основной причиной снижения удельного веса брачных пар в старческом возрасте, является потеря супруга (супруги), у которых доля вдовствующих (57,9 %) в 1,6 и 4,8 раз превышает доли респондентов пожилого (35,5 %, $p=0,0001$) и среднего возраста (12,0 %, $p=0,0001$) соответственно. В тоже время в трудоспособном возрасте наравне с вдовством, другой причиной являются разводы, доля которых (13,0 %) в 2,1 и 2,8 раз превышает аналогичные доли у лиц пожилого (6,2 %, $p=0,039$) и старческого (4,7 %, $p=0,032$) возрастов. Удельный вес респондентов, не состоявших в течение жизни в браке, во всех группах не превышает 2,8 %. Установлено, что удельный вес вдов во всех возрастных группах существенно превышает аналогичные доли вдовцов ($p<0,05$).

Анализ показал, что основная масса исследуемых респондентов всех возрастных групп имеет детей (мужчины – 91,1-94,8 %, женщины – 95,5-98,4 %). По средней численности детей у мужчин и женщин между группами существенных отличий не обнаружено (1,8-2,2 и 1,8-1,9 ребенка у мужчин и женщин соответственно).

Проживает отдельно от младшего поколения достоверно меньше респондентов трудоспособного возраста (48,8 % мужчин и 47,6 % женщин), чем пожилого (69,9 %, $p=0,026$ и 65,6 %, $p=0,010$ соответственно) и старческого (82,3 %, $p=0,001$ и 63,9 %, $p=0,045$ соответственно) возрастов. Выявлено, что количество женщин старческого возраста, проживающих совместно с детьми, достоверно выше чем мужчин своего возраста ($p=0,037$). На наш взгляд, одной из причин таких результатов является то, что в группе пожилых пациентов лишь 2,7 % мужчин имеют детей в возрасте до 18 лет, тогда как в группе среднего возраста 22,0 % мужчин и 8,1 % женщин имеют несовершеннолетних детей ($p=0,001$ и $p=0,001$ соответственно), которые не имеют собственных семей.

Закономерно, что большее число респондентов, которые оценивают состояние своего здоровья как плохое было в группе лиц старческого возраста (55,6 % мужчин и 61,3 % женщин соответственно), что выше, чем в пожилом (42,9 % и 34,3 %, $p=0,0001$) и среднем (22,7 %, $p=0,002$ и 25,0 %, $p=0,0001$) возрастах. По мнению респондентов пожилого и старческого возраста на оценку своего состояния, кроме течения АГ и ее осложнений влияют и снижение возможности к самообслуживанию, необходимость дополнительной помощи в уборке квартиры, приготовлении пищи, приобретении продуктов питания и медикаментов.

Нами установлено, что более 4/5 респондентов всех групп проживают в отдельных благоустроенных квартирах: мужчины – 84,1 %, 89,6 % и 86,7 %; женщины – 90,6 %, 85,1 % и 87,1 % соответственно, остальные проживают в коммунальных квартирах, частных домах, домах коттеджного типа. Количество квадратных метров на одного человека соответствует социальным нормам (выше 22,0 кв. м. на 1 человека), необходимо отметить что в группе мужчин пожилого возраста площадь на 1 человека достоверно ниже (25,42 кв. м.), чем у женщин (30,16 кв. м., $p=0,038$), что связано с более высоким количеством лиц совместно проживающими с детьми и внуками, с этим же связано достоверно более низкое количество площади на 1 человека у женщин среднего возраста (23,48 кв. м.) по сравнению с женщинами пожилого (30,16 кв. м., $p=0,009$) и старческого (31,89 кв. м., $p=0,0001$) возрастов.

Уровень дохода и состояние здоровья – две наиболее значимые переменные, обуславливающие удовлетворенность жизнью людей пожилого возраста.

По уровню обеспеченности на 1 члена семьи, около половины обследованных мужчин пожилого и среднего возраста (57,1 % и 45,5 %) и женщин (49,3 % и 48,4 %) соответственно, относят себя к малообеспеченным (имеющие уровень обеспеченности 1-2 прожиточного уровня на члена семьи), что выше, чем у пациентов старческого (28,9 % мужчин, $p=0,003$ по сравнению с пожилыми мужчинами и 39,3 % женщин) возрастов. К среднему уровню обеспеченности (2-5 прожиточных уровней на члена семьи) относят себя 31,2 % пожилых мужчин, что ниже, чем в старческом – 64,4 %, $p=0,0001$ и трудоспособном – 52,3 %, $p=0,022$ возрастах и 37,3 % женщин пожилого возраста, против 42,6 % женщин старческого и 48,4 % трудоспособного возраста. Отмечено, что удельный вес среднеобеспеченных среди мужчин старческого возраста достоверно выше по сравнению с женщинами своей группы ($p=0,026$). Такая дифференциация в распределении по доходу, вероятно, связана с тем, что среди мужчин данной возрастной группы преобладают лица, имеющие большое количество льготных преференций (ветераны ВОВ, ветераны тыла и т. д.), в связи с чем, им производятся дополнительные денежные выплаты. Остальные респонденты относятся к высокообеспеченным (имеющие свыше 5 прожиточных уровней на члена семьи) или имеют уровень обеспеченности ниже прожиточного уровня, а также затруднились ответить. Анализ показал, что затруднились оценить уровень обеспеченности респонденты всех возрастных групп, проживающие в составе семейной группы (совместно с младшим поколением).

Исследование семейного бюджета показало, что у респондентов всех групп, первое место занимают расходы на питание, составляющие от 39,1 % до 43,2 % бюджета, второе и третье место делят между собой расходы на коммунальные услуги (20,8-24,7 %) и прочие расходы

(21,1-24,8 %). Четвертое место приходится на лекарственное обеспечение и лечение, расходы, на которые составляют от 12,8 до 14,7 % бюджета.

Получают материальную помощь от детей и внуков значительно больше лиц пожилого (32,9 % мужчин и 51,6 % женщин) и старческого (36,6 % и 45,9 % соответственно) возрастов, чем пациентов среднего (17,1 % мужчин и 34,9 % женщин) возраста, что достоверно ниже, в сравнении с мужчинами старческого ($p=0,046$) и женщинами пожилого ($p=0,039$) возрастов. Нами выявлено, что такая разница в удельном весе пациентов разного возраста в получении материальной помощи, связана с возрастом их детей и продолжающейся рабочей деятельностью респондентов. Так, у пациентов старческого возраста, дети имеют в основном предпенсионный и пенсионный возраст, что ограничивает возможность оказания помощи родителям. Мужчины и женщины среднего возраста продолжают трудиться и имеют несовершеннолетних детей, которым самим приходится оказывать материальную помощь. В то же время и внутри гендерных подгрупп имеются достоверные различия в оказании материальной помощи, так достоверно выше частота оказания материальной помощи женщинам пожилого ($p=0,010$) и среднего ($p=0,037$) возрастов, по сравнению с мужчинами.

В то же время выявлены определенные различия между группами и внутри групп по остальным видам помощи со стороны детей: помощь продуктами, помощь в уходе, помощь в уборке квартиры и приготовлении пищи, что оказывает влияние на снижение материальных затрат респондентов и улучшению психологических отношений между поколениями.

Большинство респондентов всех групп оценивают оказываемую им медицинскую помощь по заболеванию – АГ, как хорошую и удовлетворительную. Обращает на себя внимание большой удельный вес респондентов, оценивающих качество оказываемой помощи как плохое и очень плохое, а также затруднившихся ее оценить.

Анализ общего состояния здравоохранения в г. Красноярске показал, что около половины пациентов всех возрастных и гендерных групп дали удовлетворительную оценку этому показателю. В то же время наводит на размышление значительный удельный вес респондентов трудоспособного (15,9 % и 18,8 %) и пожилого (20,8 % и 18,7 %) возрастов, оценивших состояние здравоохранения как плохое, при этом данный показатель достоверно ниже у мужчин старческого возраста 2,2 % в сравнении с пожилыми мужчинами ($p=0,004$), мужчинами среднего возраста ($p=0,039$) и женщинами своего возраста (12,9 %, $p=0,049$), что вероятно связано с большим количеством в этой подгруппе респондентов, имеющих высокий льготный статус, им чаще проводят дополнительную диспансеризацию на дому, вменяют в обязанность регулярное ежемесячное профилактическое посещение участковым терапевтом и узкими специалистами и т. д. Также высок удельный вес респондентов (около 20 %), которые затруднились ответить на этот вопрос.

Оплачивает медицинские услуги при лечении АГ более половины пациентов всех возрастных групп, за исключением женщин старческого возраста, доля которых составляет 38,7 %, женщины среднего возраста оплачивают эти услуги достоверно чаще – 81,3 %, чем женщины пожилого (53,7 %, $p=0,0001$) и старческого ($p=0,001$) возрастов. При этом значительная часть пациентов оплачивают медицинские услуги «неофициальным путем», достоверно чаще таким методом пользуются пациенты среднего возраста (29,5 % мужчин и 43,8 % женщин), по сравнению с пожилыми мужчинами – 14,3 %, $p=0,043$ и женщинами – 25,4, $p=0,009$ соответственно; и мужчинами – 11,1 %, $p=0,030$ и женщинами – 17,7 %, $p=0,002$ старческого возраста соответственно.

Считают, что медицинская помощь должна быть только бесплатной 84,4 % мужчин старческого возраста, против 67,5 % мужчин пожилого и 52,3 % среднего ($p<0,05$ между возрастными группами) возрастов. Среди женщин отмечается аналогичные показатели: 77,4 % пациентки старческого, 69,4 % пожилого и 50,0 % среднего ($p<0,05$ между возрастными группами) возрастов. Никогда не пользовались услугами частных медицинских центров 37,7 % мужчин пожилого возраста, 48,9 % старческого и 34,1 % среднего возраста. Доля женщин не пользовавшихся услугами частных мед. центров сопоставима: 48,4 % старческого, 38,8 % пожилого и 26,6 % среднего (что достоверно ниже, чем в старческом, $p=0,011$) возрастов. Как видно из данных показателей – с возрастом количество лиц пользующихся негосударственной медицинской помощью падает, что коррелирует с вышеприведенными показателями – увеличения с возрастом приверженцев бесплатной медицины.

Не могут позволить себе частные медицинские услуги по финансовым причинам 13,3 % мужчин старческого, 15,6 % пожилого и 22,7 % среднего возрастов, а также 21,0 % женщин старческого, 28,1 % среднего и 36,6 % пожилого (что достоверно выше по сравнению как с женщинами старческого возраста – $p=0,029$, так и внутри группы – $p=0,001$) возрастов. Из тех, кто пользуется услугами частных медицинских центров, но при этом вынужден значительно сокращать другие статьи своих расходов, удельный вес мужчин во всех группах был сопоставим – пожилого – 27,3 %, старческого – 24,4 % и среднего 22,7 %, а доля женщин пожилого возраста (17,9 %) была достоверно ниже, чем у женщин среднего возраста (37,5 %, $p=0,003$) и ниже, чем в старческом (29,0 %) возрасте. Поддерживают развитие частной системы здравоохранения 20,5 % мужчин и 29,7 % женщин среднего возраста, что достоверно выше, чем у мужчин и женщин (4,4 %, $p=0,022$ и 3,2 %, $p=0,0001$ соответственно) старческого и женщин пожилого (11,2 %, $p=0,001$) возрастов, и выше чем у пожилых мужчин (11,3 %).

Таким образом, проведенное нами социологическое исследование пациентов с артериальной гипертензией показало, что среди лиц пожилого

и старческого возраста определяется высокий удельный вес респондентов, проживающих отдельно от детей и внуков, а также большой процент (48,5 % и 71,0 %) вдовствующих женщин, что негативно влияет на течение АГ и ухудшает прогноз заболевания. Жилищные условия пациентов всех групп являются удовлетворительными, однако среди пожилых мужчин преобладают малообеспеченные (32,8 %), что связано с выходом на пенсию, слабой финансовой помощью со стороны детей и внуков и необходимостью самостоятельно нести бремя расходов.

Более 3/4 пациентов пожилого и старческого возрастов с АГ удовлетворены уровнем оказываемой им медицинской помощи. При этом, свыше 2/3 пациентов пожилого и 3/4 больных старческого возрастов считают, что медицинская помощь должна быть только бесплатной, в то же время более чем 50 % больных приходится оплачивать лечение АГ, что приводит к тому, что пациенты вынуждены получать меньший объем диагностических обследований, возможностей контроля за своим состоянием и как результат – рост частоты осложнений АГ, ухудшение прогноза заболевания, увеличение инвалидизации пациентов. Полученные данные могут быть использованы для подушевого расчета затрат для лечения АГ.

Литература

1. Аарва П., Ильченко И., Шеек О. Удовлетворенность населения Тюмени и Липецка услугами поликлиник // Обществ. здоров. и профил. забол. – 2007. – № 5. – С. 13-21.
2. Антонова, Н. Л. Качество медицинского обслуживания в оценках пациентов // Социолог. медиц. – 2007. – №1. – С. 39-41.
3. Артюхов, И. П., Капитонов В. Ф., Новиков О. М. Семейная медицина: закономерности формирования здоровья сельских семей. – Новосибирск: Наука, 2010. – 296 с.
4. Белоконь О. В. Приоритеты проблем пожилых: мнение экспертов и населения (по результатам опросов 2002-2006 гг.) // Клинический геронтолог. – 2008. – № 4. – С. 11-20.
5. Решетников А. В. Социология медицины. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 256 с.
6. Сафарова Г. Л. Демография старения: современное состояние и приоритетные направления исследований // Усп. геронтолог. – 2009. – №1. – С. 49-59.

МЕТАФОРИЧЕСКИЕ АССОЦИАТИВНЫЕ КАРТЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ВУЗА

И. О. Кононенко

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России
ГБОУ ВПО «Красноярский государственный педагогический университет им. В. П. Астафьева»

Профессиональная ситуация развития – значимая часть жизни любого человека. Без сомнения, любая профессиональная деятельность предъявляет высокие требования к человеку. Деятельность же преподавателя высшей школы предъявляет повышенные требования не только

к его личностным качествам, но и к уровню его психического и физического здоровья. Эти требования вызваны как спецификой труда преподавателя, так и наличием в его деятельности факторов риска возникновения синдрома «эмоционального выгорания».

Известны факторы риска развития эмоционального выгорания у любого профессионала:

- 1) социально-экономический фактор (снижение уровня жизни, интенсификация труда);
- 2) духовно-нравственный фактор (изменение ценностных ориентаций, в том числе ценности труда, социальное самочувствие);
- 3) социально-психологический фактор (субъективное мироощущение, степень удовлетворенности жизнью, уровень тревожности и стрессов, кризис социальной идентичности, социальный пессимизм);
- 4) социокультурный фактор (традиции, ценности, идеалы).

Собственно педагогическая деятельность, связанная с вынужденной коммуникативной активностью, высокой социальной ответственностью, провоцирует возникновение различных профессиональных деформаций. У педагогов чаще, чем у людей других специальностей, складываются активные эмоциональные формы реагирования. Постоянные разнообразные контакты, выйти из которых в течение рабочего дня преподаватели физически не могут, частое возникновение нестандартных ситуаций создают условия для формирования у педагогов таких свойств личности, как несдержанность, грубость, неуверенность в своих силах, тревожность. Естественно, такие проявления провоцируют негативную обратную связь, как со стороны студентов, так и со стороны коллег. Так запускается механизм эмоционального выгорания как психологической защиты от длительного воздействия неблагоприятных стресс-факторов.

Здоровье – необходимое условие активной жизнедеятельности, продуктивного долголетия, повседневного благополучия формируется и проявляется на протяжении всего жизненного пути личности. «Профессиональное здоровье» – это мера способности человека выступать активным субъектом своей профессиональной деятельности. Согласно концепции профессионального развития личности проф. Л. М. Митиной (2004), пространство труда по сути 3-х-мерно и включает в себя пространство педагогической деятельности, педагогического общения и собственно личности профессионала. В каждом из этих подпространств ведущим выступает вектор адаптивного поведения. Преподаватель движется в векторе адаптивного, приспособительного поведения, теряя самобытность в пользу модели профессионального функционирования. Как правило, внутренне данная модель обосновывается необходимостью экономии собственных энергетических затрат (физических, эмоциональных, интеллектуальных и др.). При этом отмечается использование, в основном, наработанных ранее алгоритмами решения профессиональных

коммуникативных задач, проблем, ситуаций. Проблему представляют и преимущественно стереотипные приемы управления познавательной деятельностью «учащихся». Как следствие возникают затруднения в изложении информации логично, доступно, вызывая интерес слушателей.

К сожалению, часто эти алгоритмы превращаются в штампы, шаблоны, стереотипы. Преподаватель переносит их и в личную жизнь, обедняя ее. Физиология «откликается» на эмоциональный дефицит (неизбежный в данном случае) психосоматическими нарушениями.

Как любая психологическая защита, эмоциональное выгорание имеет свои плюсы, так как позволяет преподавателю экономно и дозировано расходовать энергетические ресурсы. Но она же приводит к таким отрицательным последствиям, как эмоциональная и личностная отстраненность, неудовлетворенность собой, тревоге, депрессии и всевозможным психосоматическим нарушениям, неадекватному эмоциональному реагированию, дезорганизую и профессиональную деятельность, и межличностные отношения. Продвижение от симптома «эмоционального дефицита» через симптомы «эмоциональной и личностной отстраненности» к симптому «психосоматических и психовегетативных нарушений» – путь от адаптивности к опустошенности.

Переход реакций с уровня эмоций на уровень психосоматики свидетельствует о том, что «эмоциональное выгорание» как защита – самостоятельно уже не справляется с нагрузками (1).

Психологическая реабилитация названного синдрома сложна и требует комплексного подхода. Во-первых, выявление доминирующих симптомов; какими сложившимися и доминирующими симптомами сопровождается «истощение». «Истощение» вызывается не только факторами профессиональной деятельности. Часто субъективные факторы служат «благоприятной» почвой для развития СЭВ, еще более отягощая психо-эмоциональное состояние личности преподавателя. С. Кахилл (S. Kahill) (4) выделяет пять ключевых групп симптомов, характерных для СЭВ:

1. Физические симптомы (усталость, физическое утомление, истощение, расстройства сна и специфические соматические проблемы).
2. Эмоциональные симптомы (раздражительность, тревога, депрессия, чувство вины, ощущение безнадежности).
3. Поведенческие симптомы (агрессивность, черствость, пессимизм, цинизм, зависимости от психоактивных веществ).
4. Симптомы, связанные с работой (прогулы, плохое качество работы, опоздания, злоупотребление рабочими перерывами).
5. Симптомы в межличностных отношениях (формальность отношений, отстраненность от клиентов, коллег, дегуманизация).

Эти факторы и объект диагностики и, своего рода, модель для разработки коррекционных мероприятий.

Во-вторых, собственно реабилитационная работа на разных уровнях: телесный, образный, когнитивный, личностный.

Синдром эмоционального выгорания преподавателя вуза – это то заболевание, которое «проще предупредить, чем лечить». Профилактика СЭВ необходимое условие сохранения здоровья педагогов и их профессионального долголетия. Одним из вариантов решения задач профилактики СЭВ и реабилитационной работы представляется разработанный автором семинар тренинг «Профилактика эмоционального и профессионально-личностного выгорания учителя». Целью настоящего семинара-тренинга является формирование у преподавателей способности к профессиональному самовосстановлению, развитие умения эффективно работать в непрерывно меняющейся педагогической действительности, максимально полно сохраняя при этом свой творческий потенциал. Семинар ориентирован на обогащение и/или своевременную коррекцию названных выше уровней.

Важную роль в решении поставленных задач играет применение на занятиях Метафорических Ассоциативных Карт (в дальнейшем МАК). Метафорические карты используются в мире уже более 20 лет, но для России этот метод изучения и коррекции личности пока нов. Впервые появившиеся в 80-х годах двадцатого века в Европе, сегодня они переведены на 17 языков и получили признание как уникальный инструмент психологов, психотерапевтов, коучей, педагогов, социальных работников, менеджеров персонала. Богатство стимульного материала, представленного немецких картах (ОН, Persona, Core, Personita, Morena и др.) и израильских картах (Anibi, Mibi, Duet, Steps, On Stage и др.) открывает возможности для исследования тех признаков и аспектов поведения самой личности преподавателя, которые подлежат коррекции, чтобы эмоциональное «выгорание» не наносило ущерба ей, профессиональной деятельности и партнерам. МАК – в эффективный инструмент, помогающий снять барьер оценки (распространенный в преподавательской среде), и побуждающий «говорить от первого лица». На одних картах изображены ситуации из жизни, на других – пейзажи, на третьих – портреты, сказочные персонажи, есть карты и с абстрактными рисунками или словами. Ниже приведу основные направления-блоки семинара-практикума «Профилактика эмоционального и профессионально-личностного выгорания учителя».

Реализация когнитивного направления профилактики СЭВ подразумевает изменения жестких шаблонных установок. Работа с метафорическими ассоциативными картами в данном блоке обеспечивает выявление источников поведения преподавателя в различных рутинных и проблемных ситуациях профессиональной и личной жизни, провести «ревизию» своих убеждений, «обновить» их. Работая с немецкими колодами Persona, Personita и израильскими Mibi, On Stage, преподаватели

в игровой форме исследуют свои убеждения и получают возможность расстаться с той частью из них, что уже не актуальны и скорее сдерживают профессиональный рост.

Работа на личностном уровне затрагивает такие аспекты, как самосознание, установки, защитные механизмы, а также мотивы и личностные смыслы. Колода «ОН» из 88 карт, обозначающих различные жизненные ситуации и 88 карт с изображениями, раскрывающими возможное содержание этих ситуаций, позволяет прояснить неосознаваемые мотивы поведения преподавателя в различных проблемных ситуациях и найти внутренние ресурсы для их решения. В этом «исследовании-путешествии в свой внутренний мир» происходит идентификация чувств, переживаний, эмоций, установок, травм, потерь, дефицитов и ярких впечатлений.

Работа с психосоматическими симптомами СЭВ требует специальной фокусировки на телесных ощущениях. На семинаре применяются такие методы психологической саморегуляции, как аутотренинг, прогрессирующая нервно-мышечная релаксация, методы телесно-ориентированной психотерапии. Особенно интересны эффекты применения метафорических ассоциативных карт именно в этом блоке профилактики эмоционального выгорания у преподавателей. Как было отмечено выше, вынужденная коммуникативная активность преподавателя, каждодневное взаимодействие с большим количеством людей и ряд других особенностей профессии выступают стрессогенными факторами.

В этом блоке применяются разные колоды МАК: на одних изображены ситуации из жизни, на других – пейзажи, на третьих – портреты, сказочные персонажи, есть карты и с абстрактными рисунками или словами. Поскольку карты позволяют задействовать аудиальный, визуальный и кинестетический ряд, карты позволяют работать с ментальной, эмоциональной и телесной сферой клиента.

Профессиональное долголетие и здоровье преподавателя вуза – одно из актуальных направлений исследования. Профилактика эмоционального выгорания преподавателей вуза важная составляющая поддержания и обогащения физического, психического и социального благополучия педагога. Работа с картами создает безопасную обстановку, позволяя коммуникации протекать свободно от оценочных суждений. Раскрытие своего творческого потенциала. Изменения восприятие себя, повышения самооценки

Литература

1. Бойко В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. М. – 1996.
2. Дружилов С. А. Индивидуальный ресурс человека как основа становления профессионализма: Монография. – Воронеж: «Научная книга», 2010.
3. Ронгинская Т. И. Синдром выгорания в социальных профессиях. // Психологический журнал. – 2002, – т. 23, № 3. – с. 85-95.
4. Holloway F., Szmukler G., Carson J. Support systems. 1. Introduction. // *Advances in Psychiatric Treatment*. – 2000. Vol. 6. – p. 226-235.

ВЗАИМОВЛИЯНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАНОВЛЕНИЯ ПЕДАГОГА И ЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ

Е. Э. Кригер

ФГБОУ ВПО «Алтайская государственная педагогическая академия»

В период модернизации системы Российского образования, ускорения темпов развития общества предъявляются повышенные требования к профессиональной подготовке, деятельности и профессиональному здоровью педагога. Современным педагогам необходимо иметь личностные и профессиональные ресурсы, обеспечивающие мобильность, динамичность, конструктивность для адаптации в меняющемся мире. Изменения, возникающие в педагогической действительности, требуют от них готовности действовать в обновляющихся условиях и в ситуациях неопределенности.

Профессиональное становление педагога сопряжено с таким явлением как профессиональное здоровье. Через познание и улучшение источников профессионального здоровья мы имеем шанс не только предупреждать возникновение профессиональных болезней, но и обеспечивать эффективное профессиональное образование и развитие личности профессионала.

Проблема развития профессионального здоровья педагога является сложной междисциплинарной научной проблемой, исследуемой на разных уровнях. В психолого-педагогических науках в настоящее время наметились самостоятельные направления в области акмеологии, валеологии изучающие проблему профессионального здоровья педагога. Проведенные исследования по проблемам профессионального здоровья взаимодополняют друг друга и раскрывают особенности развития профессионального здоровья педагога в контексте своего предмета. В педагогической психологии имеются отдельные работы, исследующие психолого-педагогическую компетентность как фактор укрепления и сохранения профессионального здоровья. Эти работы имеют прикладной характер, они продолжают идеи, начатые в акмеологических исследованиях.

С точки зрения акмеологии, здоровье выступает в качестве основного и необходимого условия актуализации высших («вершинных») возможностей человеческой природы. В основе акмеологического подхода лежит представление о личности, достигающей высших пределов самореализации и зрелости. Мы полагаем, что профессиональное здоровье педагога может выступить в качестве критерия профессионального развития и становления профессионала в условиях образования. В свою очередь, система профессионального образования, выстроенная на психологической основе должна ориентироваться на профессиональное

здоровье как критерий эффективности развития педагога в системе профессионального образования. Таким образом, в качестве критерия оценки психологического сопровождения педагогического образования мы избираем профессиональное здоровье педагога. Это объясняется тем, что деятельность педагога относится к разряду сложных, стрессогенных, наиболее напряженных в психологическом плане, таких, которые требуют от человека больших резервов самообладания и саморегуляции. Поэтому качество организации профессионального становления педагога может быть рассмотрено с точки зрения этого критерия.

Здоровье педагога выступает многоплановым явлением, складывающимся из соматического психологического и профессионального компонентов. Соматическое здоровье характеризуется текущим состоянием органов и систем организма человека, основу которого составляет биологическая программа индивидуального развития, обусловленная базовыми потребностями. Вместе с тем, для жизнедеятельности и профессионального развития помимо соматического здоровья необходимо оптимальное функционирование всех психических структур, основанных на здоровом мироощущении и мировосприятии, обеспечивающих здоровое развитие личности, её адекватной реакции на те или иные события. Психологическое здоровье означает зрелость, сохранность и активность механизмов личностной саморегуляции, обеспечивающих полноценное человеческое функционирование. Проявление психологического здоровья в профессиональном развитии рассматривается как профессиональное здоровье, при этом категория здоровья рассматривается как интегральное качество в системе «здоровье–работоспособность–эффективность–развитие».

Специфика профессионального здоровья педагога основывается на особенностях профессиональной педагогической деятельности. Педагогическая профессия относится к числу «помогающих профессий», в которых деятельность специалиста реализуется через построение особых отношений с другими людьми. Исследование педагогической деятельности показали, что она обладает рядом особенностей, позволяющих характеризовать ее как потенциально эмоциогенную. Данную профессию относят к категории «риска», как профессии наиболее, подверженной профессиональной деформации и психическому выгоранию.

Поведение современных учителей характеризуется повышенной напряженностью, следствием которой является появление разнообразных рисков эмоционального выгорания, кризисов компетентности, профессиональных деформаций, профессиональных кризисов. С увеличением педагогического стажа работы у учителей общеобразовательных школ снижаются показатели психического и физического здоровья. Современному педагогу приходится выдерживать социальные, психологические и профессиональные нагрузки, возникающие в профессиональной деятельности и профессиональном развитии, происходит истощение

жизненных сил, а также интенсификация профессионального труда за счет осложнения социальных и профессиональных отношений между детьми, родителями и коллегами. У педагогов резко возрастает количество аффективных расстройств, появляются состояния неудовлетворенности собой и своей жизнью, трудности установления теплых, доверительных контактов с учениками, коллегами, окружающими людьми. У трети учителей (более 30 %) показатель степени социальной адаптации равен или ниже, чем у больных невротизмом. Эти симптомы отрицательно сказываются на всей профессиональной деятельности учителя, ухудшаются результаты его работы, снижается уровень удовлетворенности своей профессиональной деятельностью. Отсутствие профессионального здоровья часто вызывает противоречие в педагогической целесообразности воздействия на ученика и является причиной прогрессирующей невротизации школьников.

Под профессиональным здоровьем в психолого-педагогической литературе понимается способность организма сохранять и активизировать компенсаторные, защитные, регуляторные механизмы, которые обеспечивают трудоспособность, эффективность и развитие личности учителя в условиях протекания педагогической деятельности. Либо профессиональное здоровье педагога связывается с активностью механизмов саморегуляции, обеспечивающих полноценное человеческое функционирование и личностную целостность в процессе конфликтов, фрустраций и проблем, возникающих в образовании.

Становление и развитие предпосылок профессионального здоровья педагога происходит уже на этапе профессиональной подготовки. И для обеспечения качественного выполнения педагогической деятельности необходимо вести специальную профилактическую работу по сбережению профессионального здоровья педагога уже на этом этапе. От того как будет организована профессиональная подготовка педагога, какие предпосылки для сбережения профессионального здоровья педагога будут заложены в период обучения будет во многом определять его дальнейшее профессиональное развитие и здоровьеобеспеченность.

В проанализированных источниках, мы видим, что в качестве ведущего фактора, влияющего на профессиональное здоровье студента, рассматривается стресс, возникающий в периоды: экзаменационной сессии, учебно-профессиональной адаптации и самореализации в будущем профессиональном плане. Стрессы в студенческой жизни возникают на протяжении всего процесса профессиональной подготовки. И то, как студент научится с ними обходиться, находить средства регуляции определит в дальнейшем его профессиональное здоровье.

Еще одним фактором, на наш взгляд предопределяющим здоровье студентов выступают личностные свойства студентов. При этом личностные свойства могут как созидательно, так и разрушительно влиять

на возможность преодоления стрессовой ситуации и соответственно созидательно или разрушительно влиять на сбережение профессионального здоровья будущего педагога. Сбережение профессионального здоровья педагога возникает тогда, когда личностные факторы используются для продвижения в профессиональном развитии, т. е. личностное участвует в созидании профессионального. В этом процессе происходит не столько приобретение новых свойств и качеств личности, сколько перестроение уже имеющихся. Сохранение учебно-профессиональной деятельности и созидательное сбережение профессионального здоровья педагога происходит за счет наличия развитых созидательных структур профессионального здоровья, которые позволяют справляться со стрессом трудностями студенческой жизни. Нарушения в профессиональном здоровье будущего педагога возникает, тогда когда, разрушительные личностные структуры начинают проникать в учебно-профессиональную деятельность в ситуациях повышенной стрессогенности.

Образовательная деятельность по сбережению профессионального здоровья педагога должна быть направлена на создание условий, способствующих развитию педагога. Необходимо обратить внимание на проблему сбережения профессионального здоровья педагога как проблему личностного развития и осознания личностных факторов, влияющих на сбережение профессионального здоровья, формирования исследовательской позиции по отношению к собственной личности, её созидательных и разрушительных структур и приобретаемому опыту. Специальные образовательные задачи высшей школы должны воплощаться в новом отношении педагогов и студентов к целям совместной деятельности. В условиях традиционной системы обучения студент часто остается в позиции «получателя» опыта. Однако, приоритетным началом должна быть его активная исследовательская позиция на всех этапах обучения, при которой он должен постоянно исследовать самого себя, свои межличностные отношения и способы реализации своей профессиональной деятельности.

В условиях традиционной педагогической системы мы до сих пор часто можем наблюдать игнорирование психологических механизмов, обеспечивающих личностное развитие каждого студента, стремление добиться большей академической активности каждого в отдельности и достигнуть усреднения общего уровня подготовленности группы в целом. Следовательно, необходимо оптимизировать учебный процесс на основе построения психологических оснований сбережения профессионального здоровья педагога, в котором учитываются психологические механизмы сбережения профессионального здоровья студента. Задачами профессионального образования педагога, выстроенного на психологической основе, становятся создание единого психологического пространства для успешного развития исследовательской позиции студентов средствами решения ситуации неопределенности, как фактора сбережения

профессионального здоровья будущих педагогов. Такой подход к организации учебно-педагогической деятельности может быть осуществлен только при условии рассмотрения профессионального здоровья как критерия эффективности организации образовательного процесса. Вместе с тем, успешное становление педагога в профессии возможно при условии учета рисков, возникающих в профессиональной деятельности.

Как видим, предпосылки созидания профессионального здоровья начинают складываться на этапе профессиональной подготовки. Перспективным в связи с этим является изучение здоровья студентов как будущих педагогов, находящихся на начальных этапах профессионального развития. В этом периоде начинает закладываться ресурс профессионального здоровья. Однако в студенческой среде возникает ряд специфических факторов, нарушающих здоровье будущих педагогов в учебно-профессиональной деятельности, что может в последующем отразиться и на их профессиональном здоровье. К ним относят стрессовые ситуации во время экзаменов, адаптации к новым социально-психологическим и учебно-педагогическим условиям, размытость и неопределенность будущего, некоторые свойства личности (перфекционизм, тревожность и т. п.).

Проведенный анализ литературных источников, позволил нам выделить ряд условий, определяющих предпосылки развития профессионального здоровья студентов как будущих педагогов в процессе их профессиональной подготовки. К ним мы отнесли: активную позицию по отношению к новой образовательной среде; позитивную учебную мотивацию; успешную трансформацию и воспроизводство приобретаемого социокультурного опыта в образовании; адекватную социально-профессиональную роль и гармоничную включенность в систему социальных отношений; наличие стрессоустойчивости. Данные условия необходимо обязательно учитывать при организации образовательного процесса при профессиональной подготовке, не только педагогов, но и любых других специалистов.

На этапе профессиональной деятельности, когда педагоги приходят повышать квалификацию, в профессиональном здоровье возникают такие профессионально-психологические риски как синдром эмоционального выгорания, профессиональные деформации, профессиональные кризисы и кризисы компетентности. Вместе с тем, современный учитель призван, решать задачи, требующие серьезных педагогических усилий. Освоение нового содержания учебных предметов, новых форм и методов преподавания, поиски эффективных путей воспитания, реализация гуманистической парадигмы, необходимость учитывать очень быстрые изменения, происходящие в обществе и информационном поле преподаваемого предмета, – все это под силу лишь психологически здоровому, профессионально компетентному; творчески работающему учителю. Ведь от здоровья учителя во многом зависит и психологическое здоровье его учеников. Действие многочисленных эмоциогенных факторов

(как объективных, так и субъективных) вызывает у педагогов нарастающее чувство неудовлетворенности, ухудшение самочувствия и настроения, накопление усталости. Эти физиологические показатели характеризуют напряженность работы, что приводит к профессиональным кризисам, стрессам, истощению и «выгоранию». Результатом этих процессов является снижение эффективности профессиональной деятельности учителя: он перестает справляться со своими обязанностями, теряет творческий настрой относительно предмета и продукта своего труда, деформирует свои профессиональные отношения, роли и коммуникации.

Для управления рисками профессионального здоровья педагога можно использовать различные способы, позволяющие в определенной степени прогнозировать наступление рискованного события и принимать меры к снижению степени возникновения риска. Система повышения квалификации может способствовать снижению степени возникновения социально-психологических рисков профессионального здоровья педагога, организуя специальную, выстроенную на психологических основах работу со слушателями системы повышения квалификации.

В качестве показателей профессионального здоровья мы можем выделить: толерантность к неопределенности; самоактуализацию – умение жить настоящим, независимость поведения; наличие регуляторно-личностных свойств – гибкости и самостоятельности; выраженность смысловых уровней в структуре личности педагога и их влияние на развитие личности ученика; степень выраженности эмоционального выгорания. На основе выделенных критериев мы можем провести экспериментальное исследование модели психологического сопровождения образования.

Интолерантность к неопределенности приводит к возникновению у человека таких характеристик как авторитаризм, догматизм, закрытость новому опыту, потребность в когнитивной замкнутости. В профессиональном становлении эти качества осложняют процесс профессионализации.

Неожиданные, неконтролируемые и непредсказуемые ситуации, создающие неопределенность могут привести к различного рода нарушениям профессионального здоровья педагога. Система способов преодоления нарушения профессионального здоровья в сложных профессиональных ситуациях формирует определенную стратегию профессионального поведения, которая может способствовать профессиональному самосохранению либо привести к полной профессиональной деструкции. В связи с чем, неопределенность ситуации педагогической деятельности требует от «Я» педагога новой способности к самоорганизации собственного профессионального опыта и формирования особой профессиональной позиции по отношению к неопределенности.

Литература

1. Кригер Е. Э. Профессиональное здоровье педагога как предмет психолого-педагогического исследования // Известия Пензенского государственного педагогического университета им. Белинского. Общественные науки №28 – 2012. – С. 823-827.
2. Кригер Е. Э. Предпосылки развития профессионального здоровья педагога // Известия Волгоградского государственного технического университета. Серия Проблемы социально-гуманитарного знания. Выпуск 10. – №3 (90). – 2012. – С. 110-114.
3. Малярчук Н. Н. Культура здоровья педагога (личностный и профессиональный аспекты) // Автореф. докт. дис. – 13. 00. 01 – Тюмень, 2009.
4. Митина Л. М., Митин Г. В., Анисимова О. А. Профессиональная деятельность и здоровье педагога. – М., 2005, – 363 с.
5. Никифоров Г. С. Психология здоровья. – СПб, 2002. Изд. Речь. – 256 с.

СУЩНОСТЬ, СТРУКТУРА И ОСНОВА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Л. Б. Соколовская

*ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ*

К настоящему времени накоплен обширный материал, охватывающий как бесчисленные душевные аномалии, так и «психопатологию обыденной жизни» (Васильева, Филатов, 2001). В то же время феноменология здоровой психики изучена явно недостаточно. Сегодня очевидна необходимость выстраивания собственно психологических представлений о сущности человека и его здоровье (Слободчиков, Шувалов, 2001).

«Психическое и психологическое здоровье личности становится предметом особого внимания специалистов различных направлений и практики... Отношение личности к своему здоровью является одним из важнейших аспектов психопрофилактической работы с раннего детства» (Пахальян, 2006).

Проблема психологического здоровья человека имеет историко-онтологические корни. Во второй половине XX века началась систематизированная разработка психологических концепций здоровья. Наибольшее внимание данной проблеме уделялось учеными, которые работали в рамках психологии личности. Так для гуманистической психологии данная проблема имеет первостепенную значимость. Учеными данного направления (Г. Олпорт, А. Маслоу, К. Роджерс и другими) разрабатывался целостный подход к здоровью, в котором физическое и психическое представляются взаимосвязанными и более того, связываются с высшими потребностями, ценностями, целями человека. Гуманистическая психология ориентирована на изучение здоровых, духовных и творческих людей, на постижение конструктивных, созидательных проявлений человеческой природы, в чем и состоит ее научная специфика.

В этой связи, необходимо осмыслив и систематизировав то, что уже достигнуто великими психологами прошлого века (такими, как А. Маслоу, Г. Олпорт, К. Роджерс, Р. Мэй, Э. Эриксон, Э. Фромм, В. Франкл, К. Юнг и других), и сделать предметом тщательного междисциплинарного и кросс-культурного изучения феноменологию здоровья и болезни во всем многообразии ее психологических и социокультурных аспектов. Накопление эмпирических данных и разработка объяснительных схем в этой области будет способствовать построению научной, психологической по своей сути модели психического здоровья личности на основе комплексного, системного подхода (Васильева, Филатов, 2001). Представители гуманистического направления в психологии, особенно А. Маслоу, первыми приступили к исследованию «эталонной» личности, являющий собой универсальный образец здорового человеческого существования.

Работами отечественных психологов К. А. Абульхановой-Славской, Б. С. Братуся, Ф. Е. Василюка, В. П. Зинченко, Б. В. Ничипорова, В. И. Слободчикова, Т. А. Флоренской, Л. Ф. Шеховцовой заложены основы духовной психологии как особой формы рационального знания о становлении индивидуального духа человека в пределах его жизни. В психологии произошло постепенное преодоление однополюсной центрации теоретических исследований на стыке «души» и «тела» и оформился второй полюс психологической предметности – духовность – родовое определение человеческого способа жизни, связанное с открытием самоценного, очевидного и необходимого смысла собственного существования. Эти представления отражены в психологической антропологии (Слободчиков, Исаев, 2000).

В настоящее время стало заметно, как динамично развивается во всем мире профилактическая медицина, которая нацелена на устранение причин, а не на борьбу с их последствиями. Опыт и научные исследования показывают, что первопричина, дающая толчок к развитию различных заболеваний и девиантных форм поведения, обнаруживается чаще всего в психологии человека.

Психология здоровья – это новое научное направление, которое формируется в последние годы, как в нашей стране, так и за рубежом. Высказываются даже идеи о тотальной переоценке культурных ценностей и о построении особой идеологии, способствующей оздоровлению целых сообществ.

Отечественными учеными В. И. Слободчиковым, А. В. Шуваловым подчеркивается: «Психология здоровья как особое направление в науке демонстрирует неослабевающий исследовательский и практический интерес к теме, дающей выход на возможности поддержания и восстановления душевного благополучия человека» (Слободчиков, Шувалов, 2001).

Санкт-Петербургская научная школа, занимающаяся вопросами психологического здоровья человека под рук. Г. С. Никифорова, определяет «психологию здоровья как науку о психологическом обеспечении здоровья на всем протяжении его жизненного пути» (Никифоров, 2002).

Объектом психологии здоровья является, с известной долей условности, «здоровая», а не «больная» личность, из чего следует, что в ее задачу входит, как делать не больных людей здоровыми. «Можно сказать, что З. Фрейд представляет нам больную часть психологии, и мы должны теперь дополнить ее здоровой частью», – призывал А. Маслоу (Маслоу, 1997).

Однако, если вопросы профилактики болезней, укрепления защитных сил организма и лечения болезней с давних пор находятся в поле внимания традиционной медицины, то наши представления о сущности и путях обеспечения здоровья, связанного с психологическим уровнем, пока еще далеки от желаемой ясности. Вопросы здоровья на этом уровне связаны с личностным контекстом рассмотрения, в рамках которой человек предстает как психическое целое. Верно найденные на них ответы помогут нам понять: что такое психологическое здоровье человека, каковы его критерии, определить факторы и условия, влияющие на его становление.

Вместе с тем, анализ литературы показал, что проблема психического и психологического здоровья привлекала и привлекает внимание многих исследователей из самых разных областей науки и практики: медиков, психологов, педагогов, философов, социологов и др.

Очень интересной, на наш взгляд, оказалась позиция коллектива практических психологов, работающих под руководством И. В. Дубровиной, который продолжительное время разрабатывает проблемы детской практической психологии в контексте психологической службы государственного образования. Они пишут: «Основной целью этой службы мы долгое время и не без серьезных оснований считали максимальное содействие психическому и личностному развитию детей и школьников, обеспечивающему им к окончанию школы сформированность психологической готовности к самоопределению в самостоятельной, взрослой жизни» (под ред. Дубровиной, 1995).

Однако чем глубже ученые погружались в проблему, тем отчетливее эта цель начинала восприниматься ими как красивый постулат, не наполненный реальным психологическим содержанием. Очень не просто дать точное определение понятиям «максимальное развитие», «максимальное содействие», «условия для развития» и т. п. Каждое из этих понятий многозначно, различные исследователи и практики вкладывают в них разное содержание. «... Мы стали все больше понимать, что целью практической психологической работы с детьми может быть психическое здоровье ребенка, а его психическое и личностное развитие – условием, средством достижения этого здоровья» – завершают они свою мысль [там же].

Осмысливая содержательную суть психологической службы образования, психологи почувствовали необходимость введения в научный лексикон нового термина – «психологическое здоровье». «Если термин «психическое здоровье» имеет отношение прежде всего к отдельным психическим процессам и механизмам, то термин «психологическое здоровье» относится к личности в целом, находится в тесной связи с высшими проявлениями человеческого духа и позволяет выделить собственно психологический аспект проблемы психического здоровья в отличие от медицинского, социологического, философского и др. Психологическое здоровье делает личность самодостаточной. Не мы извне задаем ей рамки, нормы, ориентиры, не мы ее оцениваем привычным образом: эта личность – развитая, эта – на среднем уровне, эта – не очень. Мы вооружаем ребенка (вернее, должны вооружать) ребенка – в соответствии с его возрастом – средствами самопонимания, самопринятия и саморазвития в контексте взаимодействия с окружающими его людьми и в условиях культурных, социальных, экономических и экологических реальностей окружающего мира» (под ред. Дубровиной И., 1995).

Таким образом, по мнению И. В. Дубровиной, именно психологическое здоровье можно рассматривать и как цель, и как критерий эффективности психологической службы государственного образования.

Вместе с тем, существует много подходов к пониманию психического и психологического здоровья. Эти термины неоднозначны, так как связывают собой две науки и две области практики – медицинскую и психологическую. В психологическую литературу понятие психического и психологического здоровья стало входить сравнительно недавно. По определению В. Э. Пахальяна: «Психологическое здоровье – состояние субъективного, внутреннего благополучия личности, обеспечивающее оптимальный выбор действий, поступков и поведения в ситуациях её взаимодействия с окружающими объективными условиями, другими людьми и позволяющее ей свободно актуализировать свои индивидуальные и возрастано-психологические возможности» (Пахальян, 2002). Г. И. Чижакова, не давая определения психологическому здоровью, совершенно определенно выделяет его как отдельное от телесного и психического, и связывает его с духовностью человека. Под духовностью она понимает «особое эмоционально-нравственное состояние личности... такое сознание человека, которое ориентировано на высшие ценности – Истину, Красоту, Добро – и пытается реализовать их в деятельности и общении» (Сластенин, Чижакова, 1999). И, таким образом, психологическое здоровье становится синонимом духовного здоровья. Эта точка зрения заслуживает внимания – такой взгляд логично вписывается в описанное выше видение психологического здоровья человека в узком смысле этого понятия.

В. И. Слободчиков считает, что ситуацию, когда традиционные психологические представления оказываются непригодными для описания и

понимания реальных социально-педагогических явлений, можно назвать «понятийной катастрофой». В числе этих явлений – нарушения психологического здоровья, требующие специального исследования. «Проблема именно психологического здоровья ... является, своего рода, terra incognita на периферии лечения выраженных психических недугов и решения ... прикладных психолого-педагогических задач. Дети (и молодежь, взрослые – Л. С.), чье состояние можно квалифицировать как «психически не больны, но психологически уже не здоровы» (выделено в тексте), продолжают оставаться вне поля видения и позитивного вмешательства психологии, педагогики и медицины» (Слободчиков, Шувалов, 2001).

Для успешной реализации профессиональной деятельности психологу и педагогу необходима теория, удерживающая полноту душевной жизни человека. Они нуждаются в понятийном аппарате, который схватывает специфику сложных феноменов духовно-душевного неблагополучия, позволяет их фиксировать, «прочитывать» и проектировать эффективные контрмеры. Однако в отношении термина «психологическое здоровье» сохраняется двусмысленная ситуация: с одной стороны, психологическое здоровье предложено как смыслообразующая и системообразующая категория профессионализма психологов образования, как существенный критерий эффективности образовательных стратегий; с другой – психологическое здоровье остается метафорой, не имеющей строгого научного определения. Этим обусловлена, по мнению В. И. Слободчикова, актуальность предметно-теоретической проработки проблемы психологического здоровья человека.

Категория «здоровье» – это культурно-историческое, а не узкомедицинское понятие. В разное время, в разных культурах граница между здоровьем и нездоровьем определялась по-разному. Но она всегда затрагивала телесное существование, душевную жизнь и духовное бытие человека. Так что же будет являться основанием для квалификации состояния здоровья?

В. И. Слободчиков на этот вопрос отвечает так: «Система представлений о соотношении нормального и аномального является основанием для квалификации состояния здоровья. Проблема нормы являлась и продолжает оставаться одним из самых актуальных, интригующих и сложных вопросов психологической науки. Эволюция данной проблемы непосредственно связана с пониманием психической нормы как нормы развития, расширением области исследований природы психического и изменениями в понятийном строе психологии человека. Поэтому научная психология стоит перед необходимостью получения подлинного знания о нормах, суть которых обусловлена самой спецификой человеческого способа жизни» (Слободчиков, Шувалов, 2001).

Рассмотрим несколько разных мнений известных психологов по поводу психологической нормы. А. Маслоу пишет: «То, что мы в психологии называем «нормой», на самом деле является психопатологией

серости, настолько лишенной драматизма и настолько широко распространенной, что мы даже, как правило, не замечаем ... что это болезнь, и весьма распространенная» (Маслоу, 1997).

О сложности понятия нормы в психологии высказался М. Люшер в работе «Сигналы личности»: «гораздо легче установить, что неподобающе или противоречащее здравому смыслу поведение является ненормальным, чем разъяснить, или выяснить, а что же собственно является «нормальным»?» (Люшер, 1999).

По этому же вопросу с ним перекликается Б. С. Братусь. Когда в 1986 году при написании итоговой монографии об аномалиях личности, он должен был обратиться к противоположному полюсу – нормальной личности, то, цитируем: «К своему удивлению я вдруг обнаружил, что убедительного – по крайней мере, для меня – ответа на него в психологии нет. Так, одни придерживались мнения, что психологическая норма – это некая среднестатистическая величина всех известных и мыслимых психологических параметров. Другие видели норму в оптимальной адаптации человека к окружающему миру. Третьи выходили из положения, так сказать, отрицающим, негативным критерием – если человек психически не болен, значит он психически здоров и т. п. » (Братусь, 1988). Но если приглядеться к этим критериям, то можно обнаружить, что их исходные основания лежат не в психологии, а в иных областях. Например, среднеарифметический взгляд на норму идет от математической статистики, адаптационный – от биологических представлений о гомеостазе, негативный критерий – от медицины и т. п.

Основания (критерии) психологической нормы, по мнению ученых, необходимо связывать с философией человека, пониманием его сущности, назначения и смысла.

«Я понял, – пишет Б. С. Братусь, – что настала необходимость различения, разведения понятий «человек» и «личность». Личность традиционно представляется в нашей науке как вершина человека, как, по сути дела, его синоним, конечное определение. Между тем, такое «слипание» этих понятий ведёт к весьма серьёзным последствиям». К «человеку» относятся характеристики безмасштабности, несовпадения с самим собой, невозможности конечных определений и т. п. Но что есть тогда «личность» для психолога? «Это есть особый психологический инструмент, орудие, принадлежащее человеку, служащее ему, как и другие психологические инструменты и орудия» (под ред. Братусь, 1999).

Какую же роль и функцию выполняет тогда этот инструмент, это орудие, эта конструкция? Б. Братусь утверждает, что человек – единственное существо, которое только по факту своего рождения не принадлежит еще к своему роду, роду человеческому. У человека между фактом рождения и обретением своей родовой сущности – пропасть. В отличие от животного человек не снабжен набором инстинктов и врожденных навыков,

которые позволили бы ему автоматически осуществлять свою родовую природу. Человеческую сущность надо достичь, завоевать. Человеком надо стать. И этот грандиозный, не имеющий аналогов в природе, процесс присвоения человеком самого себя, своей сущности координируется и направляется особым, уникальным инструментом – личностью. Ученый подчеркивает, что личность не является самодостаточной, в себе самой несущей смысл своего существования. Смысл ее обретается в зависимости от складывающихся отношений с сущностными характеристиками человеческого бытия. Личность масштабна человеку. Человек масштабен своей родовой сущности, человечеству. Или в религиозном плане – Богу (под ред. Братусь, 1999).

В таком случае, если личность в предложенном психологическом понимании есть вещь служебная, не несущая в самой себе конечный смысл, то качества ее, норма или аномалия должны определяться, оцениваться в тесной зависимости от этой службы. Тогда и характеристика личности, ее «нормальность» (психологически здоровая личность) или «аномальность» (психологически нездоровая личность) зависит от того, как служит она человеку, способствуют ли ее позиция, конкретная организация и направленность при-общению к родовой человеческой сущности или, напротив, разобщают с этой сущностью, запутывают и усложняют связи с ней. Поэтому нормальное развитие – это такое развитие, которое ведет человека к обретению им родовой человеческой сущности (там же).

Уточнением понятия родовой сущности человека служит высказывание А. Б. Орлова: «. . . гуманистический идеал понимается не как идеал отдельной социальной группы, отдельного сообщества людей, но как всеобщий идеал, т. е. как конечная цель («омега») социального и индивидуального развития и одновременно как исходный пункт («альфа») этого развития – родовая сущность всех людей и реальное, подлинное, аутентичное Я каждого конкретного человека» (Орлов, 2002).

Немного другими словами о нормальном развитии человека говорит Э. Фромм: «Если человек достигает в своем развитии полной зрелости в соответствии со свойствами и законами человеческой природы, то он обретает душевное здоровье. Неудача такого развития приводит к душевному заболеванию». Из этой посылки следует, что мерилom психологического здоровья является «не индивидуальная приспособленность к . . . общественному строю, а некий всеобщий критерий, действительный для всех людей. . . » (Фромм, 1994).

В этой связи большой интерес представляет классификация уровней психологического здоровья, разработанная Б. С. Братусь (Братусь, 1988). Высший уровень психологического здоровья – личностно-смысловой, который определяется качеством смысловых отношений человека. Можно заметить, что синонимом понятия психологически здоровый человек будет понятие здоровой личности. И наоборот, больная личность –

психологически нездоровый человек. Следующий уровень – уровень индивидуально – психологического здоровья, оценка которого зависит от способностей человека построить адекватные способы реализации смысловых устремлений. Наконец, уровень психофизиологического здоровья, который определяется особенностями внутренней, мозговой, нейрофизиологической организации актов психической деятельности.

«Несмотря на взаимосвязь и взаимообусловленность уровней, возможны самые различные варианты их развитости, степени и качества их здоровья. Иначе говоря, психическое здоровье, будучи многоуровневым, может страдать на одних уровнях при относительной сохранности других измерений. Поэтому человек может быть вполне психически здоровым (хорошо запоминать и мыслить, ставить сложные цели, находить к ним верные пути, быть деятельным, успешным, самодостаточным и т. п.) и одновременно личностно ущербным, больным: не координировать, не направлять свою жизнь к достижению человеческой сущности (религиозный мыслитель сказал бы – к Образу Божьему в человеке), удовлетворяться суррогатными ценностями и т. п... Кстати, если говорить о тенденциях современного общества, то ... для все большего количества людей становится характерным именно этот диагноз: психически здоров, но личностно болен» – приходится с горечью признать Б. Братусь (там же).

Обратимся к взгляду на понятие психологического здоровья В. И. Слободчикова, который объединил взгляды на сущность психологического здоровья авторов, цитируемых выше. Он утверждает, что базовые категории психологической антропологии – субъективная реальность и со-бытийная общность – позволяют позитивно строить предметные основания психологии здоровья и утверждать сугубую специфику психологического здоровья человека. Она уже зафиксирована различием понятий психического и психологического (в терминологии Б. С. Братуся – «личностного») здоровья (Слободчиков, Шувалов, 2001).

Термин «психическое здоровье» чаще и по праву используется врачами, чем психологами. Психическое здоровье свидетельствует о наличии душевных сил, необходимых для нормальной жизнедеятельности: человек ясно мыслит, его воля не парализована, он способен контролировать свое поведение, ставить цели, планировать и организовывать свою деятельность и т. п. Психическое здоровье традиционно интерпретируется как собственная жизнеспособность индивида, 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 (Шувалов, 2001).

Психологическое здоровье характеризует человека как субъекта жизнедеятельности, распорядителя телесных, душевных и духовных сил

и способностей. Состояние психологического здоровья является производным от процесса поэтапного приобщения индивида к родовой человеческой сущности. Человечность индивида – сущностная характеристика психологического здоровья – понимается как становление и манифестация субъективного духа, следование высшим образцам человеческой культуры, нравственным принципам, утверждение ценностей родового бытия человека, созидательное преобразование действительности, основанное на любви к качеству жизни и воле к совершенству во всех ее областях. В христианской культуре человечность находит свое выражение в личностном способе жизни, предполагающем свободный, сознательный и ответственный выбор поведения на основе ценностно-смыслового само-определения субъекта жизнедеятельности. «Максима психологического здоровья есть единство жизнеспособности и человечности индивида», – подытоживает В. И. Слободчиков (Слободчиков, Шувалов, 2001).

Таким образом, психологическое здоровье имеет поуровневую структуру, отражающуюся в терминах, определяющих эту научную область. На стыке психологии человека (антропологической психологии) и психологии здоровья произошел более тонкий анализ основных терминов и выяснилось, что оба термина – как психическое здоровье, так и психологическое здоровье (личностное – по Братусь) – имеют свою область применения.

Психическое здоровье имеет отношение к нормальному функционированию психофизиологического уровня, а психологическое – к уровню собственно человеческого – духовному, личностному.

Основой же психологического здоровья человека является нормальное развитие субъективной реальности в пределах индивидуальной жизни. В европейской культуре особой ценностью и в то же время вектором развития является движение в сторону самостоятельности, в сторону образования самостоятельного, самосознающего, само-устремленного (и в некотором смысле – предельно индивидуализированного) субъекта, способного с некоторого момента к саморазвитию. Онтогенез субъектности человека, имеющей разные формы на разных этапах жизни, всегда связан с совладением собственным поведением, реакциями, внутренними состояниями, с целеполаганием и проектированием хода развития собственных способностей.

Таким образом, система представлений о соотношении нормального и аномального является основанием для квалификации состояния здоровья. Основания (критерии) психологической нормы связываются с философией человека, пониманием его родовой человеческой сущности. Поэтому состояние психологического здоровья человека является производным от процесса поэтапного приобщения индивида к родовой человеческой сущности.

Основу психологического здоровья человека составляет нормальное развитие субъективной реальности (субъективности, внутреннего мира)

в пределах индивидуальной жизни. Причем, норма – это не среднее, а лучшее, что возможно в конкретном возрасте для конкретного человека при соответствующих условиях. Сущностными характеристиками психологического здоровья человека являются его духовность, нравственность, человечность, которые понимаются как ориентирование его сознания на высшие ценности – истину, красоту, добро, следование высшим образцам человеческой культуры и созидательное преобразование действительности.

Психологическое здоровье человека (в широком смысле слова) следует рассматривать как целостную систему, имеющую поуровневое строение. В основании лежит психическое здоровье, отражающее жизнеспособность человека, обеспеченную полноценным развитием психофизиологического аппарата.

Психическое здоровье свидетельствует о наличии душевных сил, необходимых для нормальной жизнедеятельности: человек ясно мыслит, его воля не парализована, он способен контролировать свое поведение, ставить цели, планировать и организовывать свою деятельность и т. п. Высший уровень занимает психологическое здоровье в узком смысле слова, которое мы понимаем как здоровье человека, характеризующееся духовно-творческой направленностью своей жизни, следованию высшим образцам человеческой культуры, утверждению ценностей родового бытия человека и созидательному преобразованию действительности.

Литература

1. Братусь, Б. С. Аномалии личности / Б. А. Братусь. – М.: Мысль, 1988. – 301 с.
2. Васильева, О. С. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки / О. С. Васильева, Ф. Р. Филатов. – Издат. центр «Академия», 2001. – 352 с.
3. Люшер, М. Четырехцветный человек, или путь к внутреннему равновесию // Драгунский В. В. Цветовой личностный цвет: практическое пособие. – Мн.: Харвест, 1999. – 448 с.
4. Маслоу, А. Дальние пределы человеческой психики / А. Маслоу. – СПб., 1997. – С. 430.
5. Никифоров, Г. С. Психология здоровья / Г. С. Никифоров. – СПб: Речь, 2002. – 256 с.
6. Орлов, А. Б. Психология личности и сущности человека: Парадигмы, проекции, практики: Учеб. Пособие / А. Б. Орлов. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 272 с.
7. Пахальян, В. Э. Развитие и психологическое здоровье: Дошкольный и школьный возраст / В. Э. Пахальян. – М.: Питер, 2006 – 294 с.
8. Психология и этика: опыт построения дискуссии / Отв. ред. Братусь Б. С. – Самара: «БАХРАХ», 1999. – 128 с.
9. Руководство практического психолога: психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы / Под ред. И. В. Дубровиной. – М: Академия, 1995. – 170 с.
10. Сластенин, В. А. . Введение в педагогическую аксиологию / В. А. Сластенин, Г. И. Чижакова. – М.: «Академия», 2003. – 192 с.
11. Слободчиков, В. И. Основы психологической антропологии. Психология развития человека: Развитие субъективной реальности в онтогенезе / В. И. Слободчиков, Е. И. Исаев – М.: Школьная пресса, 2000. – 416 с.

12. Слободчиков, В. И. Антропологический подход к решению проблемы психологического здоровья детей / В. И. Слободчиков, А. В. Шувалов // Вопросы психологии. – 2001. – № 4. – С. 91-105.
13. Фромм Э. Человеческая ситуация. /Э. Фромм. Под ред. Д. А. Леонтьева. – М.: Смысл, 1994. – 238 с.
14. Чижакова, Г. И. Теоретические основы становления и развития педагогической аксиологии. Автореф. дис. на соиск. уч. степ. д-ра пед. наук / Г. И. Чижакова. – Москва, 1999. – С. 32.
15. Шувалов А. В. Проблемы развития службы психологического здоровья в системе дополнительного образования детей / А. В. Шувалов // Вопросы психологии. – 2001. – № 6. – С. 66-79.

ФОРМИРОВАНИЕ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ДЕТЕЙ 2-3 ЛЕТ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕСТАНДАРТНОГО ФИЗКУЛЬТУРНОГО ОБОРУДОВАНИЯ

С. Н. Сычугова

МБДОУ «Детский сад № 54 «Золушка»

Растить детей здоровыми, сильными, жизнерадостными – задача каждого дошкольного учреждения. Заболеваемость детей в дошкольных учреждениях на протяжении многих лет остается высокой. Необходимость поиска эффективных путей в профилактике и оздоровлении детей раннего возраста приобретает первостепенную социальную значимость, так как более 75 % детского населения воспитывается в дошкольных учреждениях. Поэтому именно здесь и проводится работа по профилактике и оздоровлению детей на основе тесного взаимодействия врачей, педагогов, родителей. В связи с этим необходимо находить пути формирования двигательной активности, профилактики и оздоровления у детей раннего дошкольного возраста.

Основные задачи, стоящие перед нами это – создание наиболее благоприятных условий для прохождения адаптационного периода, обеспечения комфортного пребывания в детском саду, повышения интереса детей к различным видам двигательной деятельности, увеличению их двигательной активности, формирование привычки к здоровому образу жизни, работая над профилактикой и оздоровлением детей с привлечением родителей к решению этих проблем. Решая эти задачи мы отдаем приоритет формированию двигательной активности, профилактики и оздоровления детей с использованием нестандартного оборудования. В работе используются следующие принципы:

1. Принцип систематичности и последовательности. Этот принцип предполагает, что усвоение учебного материала идет в определенном порядке, системе. При планировании устанавливается

- последовательность раскрытия темы, продумывается связь нового материала с ранее усвоенными знаниями, опытом детей.
2. Принцип доступности. Он предполагает соотнесение содержания, характера и объема учебного материала с уровнем развития, подготовленности детей.
 3. Принцип наглядности. Этот принцип соответствует основным формам мышления дошкольников. Наглядность обеспечивает понимание, прочное запоминание. Сделать обучение наглядным – значит создать у ребенка зрительные образы, обеспечить восприятие окружающего, включить непосредственно в практическую деятельность, связать обучения с жизнью.
 4. Принцип координации деятельности педагогов и специалистов. Предполагает сотрудничество и скоординированность действий медицинских работников, воспитателей, помощника воспитателей в достижении общей цели.
 5. Принцип преемственности. Предполагает тесное взаимодействие детского сада с семьями воспитанников.

Третий год жизни – важный этап в развитии ребенка. Темп физического развития замедляется, но организм в целом крепнет, движения совершенствуются. Однако опорно-двигательный аппарат развит сравнительно слабо, двигательный опыт небольшой, движения часто непреднамеренны, направления их случайны, эмоциональные проявления неустойчивы, активное торможение плохо развито. Первые годы жизни самостоятельная двигательная активность ребенка постоянно увеличивается, упущенное же в этом возрасте, компенсируется в дальнейшем с большим трудом. В раннем возрасте кости ребенка эластичны, гибки, легко деформируются и искривляются, так как костная система 2-3 летних детей имеет значительные зоны хрящевой ткани, слабые, мягкие суставы и связки. Все это надо учитывать при физическом воспитании. Использование нестандартного физкультурного оборудования, позволило более быстро и качественно формировать двигательные умения и навыки, способствующие повышению интереса к физкультурным занятиям, обеспечивающие активную двигательную деятельность детей в течение всего дня.

Основной формой развития двигательной активности детей в детском саду являются физкультурные занятия. Цель занятий заключается в комплексном формировании культуры движений, систематической работе над решением оздоровительных, образовательных и воспитательных задач, что обеспечивает физическое развитие, функциональное совершенствование организма, укрепляет здоровье ребенка, способствует приобретению им правильных двигательных навыков, психофизических качеств и эмоционально положительного отношения к физкультуре. Занятие по физической культуре проводится таким образом, чтобы они доставляли детям радость, пробуждали интерес и способность

к творческой активности, удовлетворяли естественную биологическую потребность в движении. Работа проводится в тесной связи с медицинским персоналом, используются на занятиях ароматерапия, высчитывается общая плотность, отслеживается самочувствие детей, их физическое развитие. Занятия строятся в соответствии с психологическими особенностями детей раннего возраста, выбираются доступные и целесообразные упражнения. Комплексы упражнений предусматривают физиологически и педагогически необходимую и оправданную нагрузку, удовлетворяющую потребность малыша в движении, чтобы они были увлекательными для детей. Принимая во внимание психофизиологические особенности детей 2-3 летнего возраста (слабость тормозных процессов и склонность к возбуждению, легкая физическая и психическая ранимость, быстрая утомляемость), учитываются частая смена занятий по физической культуре.

Положительные эмоции, эмоциональная насыщенность занятий являются основными условиями при обучении детей движениям. Подражание рождает эмоции, которые активизируют ребенка. Кроме того, заинтересованность положительно действуют на двигательную активность детей, особенно малоподвижных и инертных.

Движения у детей раннего и дошкольного возраста имеют свои особенности и постоянно изменяются по своим количественным и качественным показателям. Хорошо организованная работа по физическому воспитанию помогает каждому ребенку быстрее освоить основные движения. То или иное движение появляется и формируется у одних детей раньше, у других – позднее. Это зависит от индивидуальных особенностей, условий развития малышей, влияния взрослых, организации детской деятельности и самого процесса воспитания и обучения. На втором году дети умеют ходить, держат равновесие на ограниченной, неровной, возвышенной поверхности, способны выполнить бросок, катить какой-либо предмет, много ползают и лазают по лесенке – стремянке. Однако они овладевают основными движениями неравномерно, поэтому в обучении им необходима индивидуальная помощь взрослых. Движения ребенка третьего года жизни считаются правильными тогда, когда, повторяя упражнение за воспитателем, он воспроизводит лишь самое основное. Отсутствие высокой точности и четкости выполнении движения, а также неумение воссоздать отдельные его элементы не считаются для ребенка ошибкой. В этот возрастной период малыш осваивает новые движения в общих чертах (в целом). Дальнейшее совершенствование движения, его детальная отработка и точность выполнения осуществляются в последующих возрастах.

Мышление детей второго и третьего годов жизни конкретно – они лучше понимают то, что видят. Первоначальный показ движений должен быть ярким, образным, целостным. Независимо от того, новые или знакомые упражнения, проводятся они вместе со взрослым и по его показу.

В начале, как правило, новые движения дети выполняют неточно, с излишним напряжением. Поэтому нужно предъявлять к ним минимальные требования.

Для проведения упражнений утренней гимнастики в группе имеются разнообразные материалы: «Мягкие гимнастические палочки» – представляют собой поролоновые бруски, обшитые яркой тканью с липучками на концах. Используются как гимнастические палки, а так же кольца для выполнения общеразвивающих упражнений. «Веселые гантели»-сделаны из пластиковых бутылок, наполненных камушками, горохом, украшенные аппликацией.

Для разнообразия упражнений и повышения интереса детей проводятся комплексы утренней гимнастики с использованием стихов, потешек, разнообразных предметов, в зависимости от темы недели. С этой целью используются шишки, атласные ленты, платочки, на одном конце которых колечко, чтобы было удобнее держаться, мешочки, наполненные песком и горохом, разноцветные флажки, султанчики, короткие косички. Для того, чтобы дети легко находили свое место для упражнений и не мешали друг другу, используются нестандартные ориентиры: различные гимнастические коврики, мягкие кольца, ленты соединенные яйцами киндер-сюрприза.

Маленькие дети дышат поверхностно, часто, неравномерно, так как дыхательная мускулатура ещё не вполне сформирована. Развитие организма ребенка, овладевающего ходьбой, приводит к перестройке процесса дыхания, увеличивается емкость легких. Дыхание учащается только при возбуждении или физических нагрузках. Поэтому «физкультуру нужно проводить в чистом, хорошо проветренном помещении или на свежем воздухе, помня, что упражнения, в которых ребенок вольно или невольно задерживает дыхание, крайне нежелательны» (Теплюк, 2011). С целью укрепления дыхательной мускулатуры и легочной вентиляции используют дыхательную гимнастику. С целью сохранения и укрепления здоровья детей в режим дня включаю ежедневные пятиминутки здоровья: зрительную гимнастику, дыхательные упражнения, самомассаж. В этой работе также помогает нестандартное оборудование: игрушка «Ветерок», «Весёлый зонтик», цветные шарики, игрушки на палочке и т. д.

На третьем году жизни двигательная координация значительно улучшается- развивается согласованность движений рук и ног. В этом возрасте появляются и формируются бег и прыжки. Дети хорошо ходят, разнообразнее становятся виды метания, они лучше начинают ориентироваться в пространстве. Это позволяет использовать в работе некоторые построения (в шеренгу, круг, колонну), а также игры с несложными правилами. Постепенно дети приучаются к правильному восприятию звуковых и зрительных сигналов, быстроте реакций на них, а также к самостоятельности. Выполняя новое упражнение, которому обучается ребенок,

необходимо стараться, чтобы оно вызывало у него определенные усилия, но было доступным ему. Закрепление усвоенных навыков и их совершенствование достигается путем повторения движений с обязательным усложнением (увеличение физической нагрузки, варьирование, изменение содержания).

Поощряется активность каждого ребенка, так как это развивает его стремление заниматься ещё и ещё. В этом помогают упражнения, основанные на игровых приемах. Окрашенные эмоционально они делают движения для ребенка желанными и достижимыми. Играя, ребенок незаметно осваивает основные движения. И самое главное каждому малышу следует дать почувствовать, что у него не только всё получается, но каждый раз – всё лучше и лучше. Только эмоционально насыщенная и разнообразная деятельность младших дошкольников в детском саду является основой для решения всех воспитательных задач, и в том числе, физического развития. Если малыш испытывает положительные эмоции, то это активизирует его, способствует нормальной деятельности сердечнососудистой и нервной систем. Содержание упражнений должно увлечь, заинтересовать ребенка. Не следует заставлять его заниматься – принуждение вызывает естественный протест, рождает отрицательные эмоции.

Для успешного применения на практике нестандартного оборудования разработаны конспекты занятий и развлечений. Очень эффективны и интересны занятия с полосой препятствий, созданной из нестандартного оборудования. Эти занятия увлекательны для детей и позволяют закрепить разнообразные двигательные навыки, а также решить обучающие задачи, поставленные на занятии. В занятия включаю разнообразные подвижные игры, а также игры на развитие координации, ловкости, быстроты, выносливости.

Для игр детей совместно с инструктором по физической культуре на физкультурных занятиях применяю нестандартное оборудование: кегли (из пластиковых бутылок), шнур «Пестрая змейка» (из цветной веревки, «Снежные комки», кольцеброс «Слоник», мягкое «Бревнышко», «Цирковые обручи», «Цветные дорожки», ребристые дорожки, «Весёлые погремушки», «Шумелочки», «Разноцветные пенёчки» и т. д.

В последние десятилетия отмечается значительное снижение двигательной активности детей. Гиподинамия в детском возрасте приводит к снижению жизненного тонуса, уменьшению защитных сил организма, задерживает умственное развитие детей. Причин тому несколько и одна из них – излишняя заорганизованность процесса воспитания, а как следствие – недостаточный учет возрастных и индивидуальных особенностей детей. Уже в детском возрасте встречаются заболевания, вызванные недостатком двигательной активности – плоскостопие, нарушение осанки и др. Появилась необходимость компенсировать недостаток движений специально подобранными физическими упражнениями. Гармоничность

строения тела человека зависит от осанки, которая формируется в период роста и развития организма, то есть в дошкольном возрасте. Из – за неблагоприятных условий внешней среды могут возникнуть различные нарушения осанки, которые в дальнейшем могут привести к искривлению позвоночника. Установление начальных форм нарушений осанки и их профилактика наиболее эффективны именно в дошкольном периоде. Предупредить дефекты осанки значительно легче, чем их лечить. Профилактику нарушений осанки осуществляют в двух направлениях: создание оптимальных гигиенических условий (хорошее освещение, систематическое проветривание помещения, соблюдение режима дня, соответствующая росту ребенка мебель) и целенаправленная воспитательная работа. Ежедневно проводится гимнастика после сна. Для предупреждения нарушений осанки после дневного сна полезно выполнить комплекс упражнений, который направлен на укрепление мышц – разгибателей спины, живота и межреберных мышц.

Чтобы дети научились во время ходьбы сохранять правильную позу, предлагаются упражнения с нестандартным оборудованием: ходьба с предметом на голове: тонкая книжка в твердом переплете, мешочек с песком весом 500 г. (2-3 мин).

Особое внимание рекомендуется уделять развитию свода стопы, так как на втором и частично на третьем году жизни она уплощена. Даже незначительное изменение её формы может стать причиной нарушения правильного положения таза, позвоночника и как следствие этого – патологических дефектов осанки. Любое патологическое изменение стопы отрицательно сказывается на опорной функции нижних конечностей. Дети быстрее утомляются, ухудшается их самочувствие, снижается работоспособность. Дошкольники, страдающие плоскостопием, во время ходьбы сильно топают ногами, походка у них неуверенная и напряженная. В связи с этим используют в работе с малышами упражнения в приподнимании, ходьбе по наклонной плоскости и ребристой доске. Для укрепления и развития мышц и связок стопы рекомендуют массировать её. Для выполнения этой цели в группе имеется: массажеры (капсулы от киндер-сюрпризов и крышек от бутылок), массажные коврики и дорожки со следочками разной фактуры (пуговиц, пробок от бутылок), маленькие цветные палочки, обычные неразборные игрушки от киндер-сюрпризов (используются для массажа пальцев ног: на пол кладётся обруч, в середину обруча высыпаются игрушки, дети садятся по кругу, опираясь на руки, и пальцами ног собирают игрушки в ведёрки).

В нашей работе мы активно используем естественное природное окружение. Во время прогулок учитываются индивидуальные особенности детей, необходимо их заинтересовать, подбирая упражнения с использованием предметов природного окружения, усложняя упражнения по мере их усвоения, стремясь научить детей выполнять разные виды движений.

В целях развития и поддержания интереса детей к занятиям по физической культуре необходимо заботиться о подборе физкультурного оборудования и пособий. Рациональный подбор оборудования, его обновление путем смены и чередования деталей, внесение новых пособий, их перестановка – всё это помогает в работе реализовать содержание разных типов занятий. Зная, что положительных результатов можно добиться, лишь сделав своими союзниками родителей, мы постарались вызвать у них интерес к физическому воспитанию и укреплению здоровья своих детей. Для решения поставленных задач в группе изготовлено нестандартное оборудование, которое внесло в каждое занятие физкультуры элемент необычности, вызвало интерес и желание играть, помогло малышам преодолеть свой страх. Нестандартное оборудование изготовлено силами воспитателей и родителей для занятий и самостоятельной двигательной деятельности детей, которое постоянно пополняется. Работа с родителями способствовала обогащению развивающей среды группы, формированию потребности родителей в формировании двигательной активности ребенка, созданию в семье нестандартного спортивного оборудования и его использование.

Двигательные навыки, полученные на занятиях, дети закрепляют в самостоятельной двигательной деятельности. Этому способствует спортивный уголок, созданный в группе. При его создании учитывались требования гигиены и безопасности. Уголок удобно расположен, дети могут заниматься, не мешая друг другу. Он оснащен физическим оборудованием, соответствующим возрасту детей, направленным на развитие всех основных движений. Разнообразие форм, цвета физкультурного оборудования способствует воспитанию художественного вкуса у детей. При создании оборудования учитывается взаимосочетание отдельных снарядов по форме, цвету, величине. В вечернее время идут занятия по самостоятельной двигательной деятельности детей и индивидуальная работа по развития движений.

В работу включены игры с использованием нестандартного оборудования: “Найди свой цвет”, “Найди себе пару”, “Кто быстрее соберет”, “Собери зерно”, “Чья команда быстрее соберет шишки”, “У медведя во бору”, “Колпачок”, “Ловишки с лентами” или “Хвостики”, “Перепрыгни через ручейки”, “Соберись в букет”, “Собери цветок”, “Найди свой цветок”, “Лети, как бабочка”, “Чья бабочка быстрее прилетит на цветок”, “Чья дорожка длиннее”, “Перепрыгни через ручейки”, “Поймай рыбку”.

В результате систематической работы подобран надежный ключ к правильной организации жизни малыша в детском саду и семье, к формированию его здоровья, умственной активности. Этот ключ – движения. Использование нестандартного оборудования по данной проблеме способствует более быстрому и качественному формированию

двигательных умений и навыков, повышению интереса к физкультурным занятиям, обеспечивает комфортное пребывание детей в детском саду. В процессе работы с использованием нестандартного оборудования снижается рост заболеваемости детей.

Литература

1. Вавилова Е. Н. Укрепляйте здоровье детей: Пособие для воспитателя дет. сада. – М.: Просвещение, 1986. – 128с.
2. Кудрявцева С. Организация физкультурно-оздоровительной работы с детьми раннего возраста // Ребёнок в детском саду. – 2005. – № 2.
3. Федоркова О., Кипнис Л., Грачёва Е. Совместная работа по оздоровлению дошкольников // Дошкольное воспитание. – 1990. – № 1.
4. Теплюк С. Н. Здоровье детей раннего возраста. Рабочая программа. 2011.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СУВЕРЕННОСТИ И САМООРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ПЕРИОД ЮНОШЕСТВА

Ю. В. Трофимова

ФГКОУ ВПО «Барнаульский юридический институт» МВД России

Суверенность начинает пониматься, как «способность человека контролировать, защищать и развивать свое психологическое пространство» (Нартова-Бочавер, 2008), «способность выбирать точки приложения своих возможностей, менять себя и свое жизненное пространство» (Клочко, 2009), способность к «самополаганию благодаря имеющейся силе» (Дорофеев, 2009). Единой трактовки суверенности нет, но вполне закономерно, что на фоне повышения интереса к проблеме продуктивности человека, появляются попытки объективировать понятие суверенности. В столь разнообразных концепциях обнаруживается одно общее, все исследователи размышляя о суверенности прямо или косвенно говорят о «человеке становящемся» (В. П. Зинченко), способном совершить «акт превосхождения себя» (М. К. Мамардашвили). Самой известной в отечественной психологии является концепция суверенности психологического пространства С. К. Нартовой-Бочавер, которая определила психологическую (личностную) суверенность как «способность человека контролировать, защищать и развивать свое психологическое пространство, основанную на обобщенном опыте успешного автономного поведения» (Нартова-Бочавер, 2008). Понимая под психологическим пространством личности субъективно значимый фрагмент бытия, определяющий как актуальную деятельность, так и стратегию жизни человека, автор суверенным называет такое пространство личности, которое позволяет его обладателю поддерживать свою личностную автономию, а депривированным – такое пространство личности, где человек лишен «возможности управлять взаимодействием с миром» (Нартова-Бочавер, 2008). В силу особенностей

психологического пространства человека автор говорит о суверенной и депривированной личности. Для суверенной личности характерно переживания аутентичности собственного бытия, уместности в пространственно-временных и ценностных обстоятельствах своей жизни, уверенности человека в том, что он поступает согласно собственным желаниям и убеждениям (Нартова-Бочавер, 2008). Депривированная личность, подчиняясь логике обстоятельств и воле других людей, переживает чувства «подчиненности, отчужденности, фрагментарности собственной жизни» (Нартова-Бочавер, 2008) и «ощущает себя «на чужой территории» и не в своем времени» (там же).

Интересен взгляд Д. Ю. Дорофеева, который в рамках философской антропологии, рассматривает суверенность как «способность самому организовывать свое существование» (Дорофеев, 2009). Отталкиваясь от юридических снов понятия суверенитета как проблемы абсолютной, верховной, ничем не ограниченной власти, автор показывает, что и человеческой природе присуще суверенность как особая характеристика «самовластия». Быть суверенным человеком, по мнению автора, значит быть в своем бытии «самоопределяемым и самополагаемым, т. е. не полагаться в своем существовании ничем, кроме своих собственных спонтанных направленностей» (там же), понимая под спонтанностью уникально-личностный способ самоорганизации.

Особое место занимает понятие суверенности в контексте системной антропологической психологии (Клочко, 2001). В рамках концепции признается, что суверенная личность отличается от других тем, что несет ответственность за порядок и качество своего многомерного жизненного мира. Она «способна самостоятельно, без посредников выходить к культуре и вычерпывать из нее основания для сохранения и развития своего многомерного мира, т. е. самой себя» (Клочко, 2009). При раскрытии содержания понятия, автор опирается не на гомеостатическую природу человека, а на гетеростаз (Клочко, 2009), отражающий принципиальную неадаптивность человека и открытость человека, и гомеорез (Клочко, 2009), проявляющийся в способности порождать такие новообразования, которые «обеспечивают устойчивость протяженного во времени процесса изменений» (там же). Опора на гетеростаз и гомеорез как основания природы человека позволяет автору говорить не только о суверенности как способности к самоосуществлению, творческому самоконструированию, но и о суверенизации как процессе, в результате которого и обретается суверенность. В рассматриваемой концепции процесс «нормального», «здорового» развития человека связывается с усложнением его системной организации, идущей по пути суверенизации его личности (Клочко, 2001).

В отличие от концепции С. К. Нартовой-Бочавер, в системной антропологической психологии суверенность связывается не с саморегуляцией, а с саморазвитием как основанием устойчивого существования от-

крытых систем (В. Е. Ключко, О. М. Краснорядцева, Э. В. Галажинский, Е. В. Некрасова, И. О. Логинова и др.). За саморазвитием открывается новый режим существования человека режим становления, осмысление которого возможно только в логике понимания человека как психологической системы. Суверенность обеспечивает человеку возможность за счет самостоятельного выхода к культуре и «вычерпывания из нее оснований для сохранения и развития своего многомерного мира» порождать новые качества, мерности, которые детерминируют дальнейшее развитие человека (Ключко, 2001).

Суверенная личность, по мнению В. Е. Ключко, способна именно самостоятельно, без посредников обеспечивать собственное становление (Ключко, 1999). Автор акцентирует внимание на том, что суверенность не врожденное качество, оно приобретается и наращивается за счет развивающих отношений со взрослыми, в рамках совмещенной психологической системы «ребенок-взрослый» (Л. С. Выготский). В работах В. Е. Ключко, О. М. Краснорядцевой, А. В. Ключко, выполненных в методологии системной антропологической психологии, отстаивается понимание того, что обретение суверенности, происходит в процессе суверенизации, совпадающим с возрастным развитием, но не подменяющим его содержания, а наоборот делающем доступным наблюдению, (само) анализу процесс становления человека в его способности и возможности самостоятельно и устойчиво развиваться в неустойчивых обстоятельствах жизни. Суверенизация внешне проявляется как растущая самостоятельность и независимость от взрослого (родителя, учителя, педагога), Другого (Ключко, 2001; Краснорядцева, 2008), а содержательно может быть рассмотрена как процесс постепенного освобождения от развивающих отношений со взрослым сначала через процессы персонализации, а позже и индивидуализации, где и происходит укрепление, отстаивание и освоение своего права на самоосуществление.

Важным моментом в анализе суверенности становится понимание того, что она обеспечивает, с одной стороны, усвоение форм культуры, мерностей социального бытия, а с другой – овладение собой как субъектом жизни, и управлением своей жизнью и своим развитием. Суверенность личности может быть понята в качестве показателя становления как процесса постепенного обретения способности к самостоятельной взаимодействию с культурой (предметным и социальным миром), посредством которого обеспечивается системное усложнение жизненного мира человека и устойчивость процесса изменений на протяжении всей жизни человека (Ключко, 2009).

Особое значение при изучении суверенности приобретает указание на связь характера суверенности и жизненной продуктивности человека. С. К. Нартова-Бочавер показывает суверенность как условие и результат жизненной успешности человека, а депривированная суверенность –

результат и условие пониженной личностной эффективности. В работах выполненных в методологии системной антропологической психологии степень суверенности определяет характер продуктивности жизненного самоосуществления как «непрерывное «наращивание» собственной целостности и сложности» (Логинова, 2010). Исследования, проведенные в рамках системной антропологической психологии, указывают на то, что суверенность как результативная характеристика суверенизации, выступает как показатель готовности и способности человека к жизненному самоопределению (Н. С. Гилева, Е. П. Федорова), а также определяет характер самореализации (Э. В. Галажинский, М. И. Ефанова) и жизненного самоосуществления (В. Е. Ключко, И. О. Логинова).

Однако, еще актуальным остается вопрос о связи суверенности и самоорганизации человека. Понятия «организация» и «самоорганизация» в контексте методологического анализа оказались связанными с воздействием качественно различных детерминирующих факторов. Принято говорить о том, линейные системы пассивны и могут эволюционировать только под воздействием внешних сил, тогда как активность нелинейной системы «проявляется в ее способности к самодействию, спонтанному самопорождению новых структур за счет внутренних ресурсов» (Режабек, 2009). Однако, говоря о человеке можно выделить еще одно проявление самоорганизации как осознанные действия, направленные на координацию усилий человека для достижения поставленной перед человеком цели. В этом контексте Е. Ю. Мандрикова предлагает рассматривать самоорганизацию деятельности как структурирование личного времени, тактическое планирование и стратегическое целеполагание (Мандрикова, 2010).

В проведенном исследовании решалась задача выявления взаимосвязи между характером суверенности и особенностями самоорганизации деятельности. Для указанных целей были использованы Тест жизнестойкости (С. Мадди, адаптация Д. А. Леонтьева), «Опросник самоорганизации деятельности (ОСД)» (Мандрикова, 2010), «Суверенность психологического пространства (СПП)» (Нартова-Бочавер, 2008), «Уровень субъективного контроля (УСК)», «Самоактуализационный тест» (САТ). В исследовании приняло участие 90 человек.

Для факторизации нами были отобраны все шкалы опросников СПП и ОСД, а также шкалы «жизнестойкости» из опросника «Жизнестойкость», «Общая интернальность» из опросника УСК, и две шкалы «шкала поддержки» и «ценностные ориентации» САТ.

В результате факторного анализа, проведенного с помощью метода главных компонент с варимакс-вращением, было получено 6 факторов. Полученная факторная структура объясняет 70 % дисперсии.

Так в первый фактор вошли с положительными значениями шкалы «суверенность психологического пространства» (0,915), «суверенность

физического тела» (0,607), «суверенность территории» (0,552), «суверенность мира вещей» (0,668), «суверенность привычек» (0,480), «суверенность социальных отношений» (0,731), «суверенность ценностей» (0,593) опросника СПП, шкалы «планомерность» (0,364), «целеустремленность» (0,277), «настойчивость» (0,429), шкала «жизнестойкость» (0,480), «общая интернальность» (0,380). Анализируя данный фактор, следует отметить, что для респондентов с высокими показателями суверенности в большей мере характерны сформированные способности тактическому планированию и стратегическому целеполаганию, склонность к приложению волевых усилий для завершения начатого дела. При этом респонденты с высокими показателями суверенности считают, что большинство всяких важных событий в их жизни были результатом их собственных действий и принимают собственную ответственность за эти события, а также обладают стойким совладанием с внутренним напряжением в стрессовых ситуациях за счет и восприятия их как менее значимых. Таким образом, можно данный фактор назвать «высокая продуктивность».

Второй фактор представлен двумя полюсами. Отрицательный полюс представлен шкалами «суверенность привычек» (-0,350), «суверенность ценностей» (-0,313), «шкала поддержки» (-0,424), тогда как положительный полюс представлен шкалами «планомерность» (0,617), «целеустремленность» (0,347), «фиксация» (0,706), «самоорганизация» (0,593). Данный фактор можно интерпретировать следующим образом, что для респондентов с высоким уровнем зависимости, конформности, несамостоятельности, низкой способностью сохранять комфортный для себя распорядок, свободу вкусов и мировоззрения, для поддержания продуктивности необходимы не только сформированные способности тактическому планированию и стратегическому целеполаганию, но и склонность субъекта к использованию внешних средств организации деятельности, а также четкое следование намеченным планам, запланированной структуре организации событий во времени, потребность в четком расписании. Анализ факторных нагрузок позволяет назвать данный фактор «поддержание продуктивности за счет внешних стимулов».

Данные два фактора позволяют выделить два типа студентов, с которым сталкивается любой преподаватель. Первый тип студентов способен самостоятельно выстраивать свои образовательные маршруты, в самой образовательной деятельности студенты склонны к получению задания, а далее сами выбирают способы достижения поставленных целей, сами распределяют свое время. Второй тип студентов, это студенты, характеризующиеся, высоким уровнем продуктивности в учебной деятельности, но обращает на себя внимание их потребность к детализации инструкций, в четко обозначенных промежуточных и итоговых точках контроля.

Третий фактор также биполярен. Отрицательный полюс фактора представлен всего одной шкалой «суверенность территории» (-0,320),

тогда как положительный полюс фактора представлен шкалами «целестремленность» (0,404), «настойчивость» (0,408), «ориентация на настоящее» (0,379), «жизнестойкость» (0,431), «шкала поддержки» (0,708), «шкала ценностных ориентаций» (0,780). Данный фактор характеризует то, что для респондентов с депривированной способностью контролировать собственную территорию (физическую, социальную и т. д.), переживающих неконтролируемость пространства, но при этом характеризующиеся выраженностью ценностей самоактуализации, жизнестойкостью (продуктивное совладение с внутренним напряжением в стрессовых ситуациях) и самостоятельностью и независимостью поведения, обладают особой стратегией к самоорганизации. Им свойственна способность сконцентрироваться на цели, склонность к приложению выраженных волевых усилий для завершения начатой деятельности, а также к склонности фиксироваться на происходящем в настоящий момент, отвлекаясь от внешних помех. Таким образом, можно говорить, что респондентами, психологическое пространство которых насильственно нарушается, (может быть характерно для жизни в общежитии, тесной квартире) продуктивность обеспечивается за счет их целестремленности, настойчивости и погруженности в ситуацию «здесь и сейчас». Таким образом, данный фактор может быть назван «мобилизация потенциала».

Биполярным является и четвертый фактор, отрицательный полюс которого представлен шкалами «фиксация» (-0,306), «ориентация на настоящее» (-0,419), а положительный – шкалами «суверенность привычек» (0,413), «целестремленность» (0,384), «общая интернальность» (0,671). Данный фактор отражает, что человек способный к поддержанию комфортной для себя формы организации жизни и концентрации на цели, склонный принимать ответственность за совершаемые им действия, менее склонен к фиксации и погружению в настоящий момент, что может восприниматься как необязательность, непоследовательность. Это может объясняться тем, что данные респонденты, не склонны выполнять требования, не совпадающие с тем, что является для них привычным и комфортным. Либо же выполнение поручений (заданий, требований) будет выполняться формально, обеспечивая максимально быстрое выполнение поручения, чтобы позволяет быстрее вернуться к тому, что интересует и считает значимым сам респондент. Данный фактор назван нами «формальная продуктивность».

В пятом факторе преобладающим является отрицательный полюс фактора, на котором расположились следующие шкалы «суверенность физического тела» (-0,368), «настойчивость» (-0,320), «жизнестойкость» (-0,524). Тогда как положительный полюс фактора представлен лишь двумя факторами «суверенность территории» (0,413), «целестремленность» (0,476). Так для респондентов способных контролировать собственную территорию, но испытывающих затруднения в контроле

и обеспечении проявлений телесности и телесных потребностей, а также имеющих затруднения в совладании с внутренним напряжением в стрессовых ситуациях и недостаток волевой активности для доведения деятельности до логического завершения, тем выше проявления высокой целеустремленности как способности концентрироваться на цели. Сочетание шкал позволяет прогнозировать, что в данном варианте отражен типичный пример респондента желающего добиться продуктивности, но не имеющего для этого личностного потенциала, а именно таким респондентам не легко побороть телесные импульсы для концентрации на достижении цели, что усугубляется недостатком настойчивости и жизнестойкости. Данный фактор может быть назван «недостаток личностного потенциала».

Последний шестой фактор также является биполярным. На положительном полюсе фактора группируются следующие шкалы «самоорганизация» (0,416), «шкала поддержки» (0,341). Отрицательный полюс фактора представлен двумя шкалами «ориентация на настоящее» (-0,520), «общая интернальность» (-0,276). Респонденты самостоятельные, независимые, но с экстернальным локусом контроля, т. е. не считающие себя способными контролировать свое развитие и полагающие, что большинство этих событий является результатом случая или действий других людей, склонны к использованию вспомогательных средств организации времени и деятельности, а также ориентированы на прошлое (воспоминания) или будущее (фантазирования), что приводит к снижению значимости погруженности в настоящий момент, в момент совершаемой деятельности. Данный фактор назван нами «уход от деятельности».

Таким образом, изучая взаимосвязь между суверенностью и самоорганизацией деятельности, нами были выделены шесть факторов данной взаимосвязи, отражая при этом типа студентов, с которым сталкивается любой преподаватель. Так, например, первый тип студентов (фактор 1) способен самостоятельно выстраивать свои образовательные маршруты, в самой образовательной деятельности студенты склонны к получению задания, а далее сами выбирают способы достижения поставленных целей, сами распределяют свое время. Второй тип студентов (фактор 2), это студенты, характеризующиеся, высоким уровнем продуктивности в учебной деятельности, но обращает на себя внимание их потребность к детализации инструкций, в четко обозначенных промежуточных и итоговых точках контроля.

Анализ выделенных факторов, позволяет не только выделить связь характера суверенности и самоорганизации деятельности, но и выделить ключевые условия организации образовательного процесса, обеспечивающие достижение продуктивности.

Литература

1. Дорофеев Д. Ю. Проблемы современной философской антропологии: спонтанность и суверенность человека // Вестник Ленинградского государственного университета им. А. С. Пушкина. 2009. – Т. 2. – № 3.

2. Ключко А. В. Проблема личности в психологии в контексте понимания человека как открытой системы. Диссерт... канд. психол. наук. – Барнаул, 2001.
3. Ключко В. Е., Галажинский Э. В. Психология инновационного поведения. – Томск: ТГУ, 2009. – 240 с.
4. Ключко В. Е., Галажинский Э. В. Самореализация личности: системный взгляд. Томск: ТГУ, 1999.
5. Краснорядцева О. М. Психологическое содержание экспертизы образовательных инноваций // Вестник ТГУ. 2008. – № 306.
6. Логинова И. О. Жизненное самоосуществление человека: Системно-антропологический контекст. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора психологических наук. Томск, 2010.
7. Мандрикова Е. Ю. Разработка опросника самоорганизации деятельности // Психологическая диагностика. – 2010. – № 2. – с. 59-83.
8. Нартова-Бочавер С. К. Человек суверенный: психологическое исследование субъекта в его бытии. СПб.: Питер, 2008.
9. Режабек Е. Я. Синергетические представления и социальная реальность // Синергетическая парадигма. Социальная синергетика. – М.: Прогресс-Традиция, 2009. – С. 37-62.

ВЛИЯНИЕ СОЛНЕЧНОЙ АКТИВНОСТИ НА АГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЛИЦ ПОДРОСТКОВОГО И ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ БАРНАУЛА

О. И. Федорова, Д. В. Михайлова, Ю. А. Корогод

ФГБОУ ВПО «Алтайский государственный университет»

Агрессивность подростков и юношей сегодня является одной из наиболее острых проблем общества. Агрессивное поведение выражается в вызывающем непослушании, совершении антисоциальных поступков, насильственных актов, в том числе и убийств (Жмуров, Леонченко, 2008). Увеличение детской преступности, количества подростков, демонстрирующих устойчивые формы агрессивного поведения ставит задачу всестороннего изучения его природы. Выявлены факторы агрессивного поведения – социальные, психологические, биологические (Можгинский, 1999). Вместе с тем, известно, что психофизиологическое состояние, поведенческие характеристики человека подвержены влиянию глобальных космофизических факторов, и, в частности, солнечной активности (Мартынюк, 2001; Григорьев, 2008; Темурьянц, 2009; Мирошниченко, Коваль, 2007; Поскатинова, 2007). Реакция организма на изменение солнечной активности зависят от текущего психофизиологического состояния человека, его адаптационных резервов. Наиболее чувствительными к воздействию природных условий являются лица подросткового возраста (Кайгородова, 2009). Возраст также влияет на чувствительность человека к геомагнитным возмущениям (Серпов, 2007).

В описываемой работе ставились следующие задачи:

- 1) изучить связь между изменением солнечной активности и динамикой агрессивного поведения девушек и юношей по показателям частоты насильственных преступлений за период 2000-2007 гг. в условиях г. Барнаула;
- 2) выявить колебательные составляющие во временных рядах показателей криминальной агрессии; 3) изучить согласованность ритмов количества агрессивных актов с циклами солнечной активности.

Динамика агрессивного поведения оценивалась по данным посуточных значений количества насильственных преступлений (НП), совершенных в г. Барнауле лицами в возрасте от 15 до 17 лет обоего пола за период с 2000 по 2007 г. В таб. 1. даны характеристики насильственных преступлений (НП) согласно статьям Уголовного кодекса РФ. Контрольную группу составили лица, совершившие ненасильственные преступления (ННП). Данные представлены МВД г. Барнаула.

Временные ряды частоты преступлений, совершенных юношами и девушками, рассматривались отдельно (НПД, НПЮ, ННПД, ННПЮ). Всего за эпоху исследования девушками было совершено 77 агрессивных актов и 669 ненасильственных действий, а юношами – 578 насильственных и 7721 ненасильственных преступлений. Используются данные о посуточных значениях солнечной активности (СА) (по количеству чисел Вольфа) («Измиран»: <http://www.izmiran.ru/ftp/>). Используются методы: выявления и устранения тренда (Мельников, 2009); нормирования временных рядов по максимальному значению; сглаживания временных рядов методом скользящей средней; корреляционный анализ; спектральный анализ Фурье, позволяющий определить частотный спектр присутствующих во временных рядах ритмических компонентов и выявить доминирующие гармоники (Суранов, 1999); кросспектральный анализ, на основании результатов которого определялось взаимовлияние колебательных процессов и их когерентность (согласование частот, синхронизация) по показателям коэффициентов детерминации (значимыми являются все коэффициенты детерминации, превышающие 0.44, что соответствует значению коэффициентов корреляции, превышающих 0.66).

Анализировалась динамика посуточных, помесечных и погодных данных частоты совершения насильственных актов.

Таблица 1

Характер преступлений, учтенных при анализе

Номер статьи УК РФ	Содержание статьи
Насильственные преступления (НП) (агрессивные акты)	
105	Убийство
111	Умышленное причинение тяжкого вреда здоровью
112	Умышленное причинение средней тяжести вреда здоровью

115	Умышленное причинение легкого вреда здоровью
116	Побои
119	Угроза убийством или причинением тяжкого вреда здоровью
131	Изнасилование
132	Насильственные действия сексуального характера
Ненасильственные преступления (ННП)	
158	Кража
159	Мошенничество
161	Грабеж
163	Вымогательство
167	Умышленные уничтожение или повреждение имущества
166	Неправомерное завладение автомобилем или иным транспортным средством без цели хищения

Корреляционный анализ. Посуточные и помесячные изменения СА не коррелируют с частотой агрессивных актов. Изучение взаимосвязи между рядами, сглаженными методом скользящей средней с индексом 365 (суток) позволило исключить внутригодовые случайные флуктуации и показало: 1) наличие отрицательной корреляции между СА и частотой ненасильственных преступлений (для девушек $r = -0,58$, $P \leq 0,05$, для юношей $r = -0,43$, $P \leq 0,05$); 2) наличие статистически значимой положительной корреляции между СА и частотой насильственных преступлений (для девушек $r = +0,89$, для юношей $r = +0,52$ с лагом запаздывания в 1 год в обеих группах). Агрессивность девушек в наибольшей мере связана с вариациями солнечной активности по сравнению с юношами.

Спектральный анализ. Выявление колебательных компонентов в динамике актов проявления агрессии необходимо в целях разработки краткосрочного, среднесрочного и долгосрочного прогнозов частоты насильственных преступлений. Анализу подвергались ряды посуточных и помесячных значений числа преступлений. Из таб. 2 следует: 1) независимо от шага измерений (посуточные и помесячные данные) в динамике преступлений во всех группах присутствует окологодная составляющая, что свидетельствует о сезонных колебаниях проявления агрессии и совершения других противоправных актов; 2) для исследуемых рядов типично наличие колебательной составляющей с периодом 4 года; 3) для группы «НП девушки» независимо от шага исследуемого ряда выявлены колебания с периодом 5. 3-5. 4 мес., для группы «НП юноши» – 2. 3 мес., для группы «ННП девушки» – 3. 7-3. 8 мес., для группы «ННП девушки» – 6. 2-6. 3 мес. Эти результаты свидетельствует о разных механизмах формирования внутригодовой динамики насильственных и ненасильственных преступлений с одной стороны, и преступлений, совершенных юношами и девушками – с другой. Выявлены многодневные колебания

преступности (с периодами от 2. 2 до 30 суток;; более разнообразный спектр инфрадианных колебаний характерен для агрессивных актов, совершенных девушками (таб. 2).

Таблица 2

Периоды колебаний, выявленные в исследуемых временных рядах

Группа	Годы		Месяцы		Сутки
	Посуточные данные	Помесячные данные	Посуточные данные	Помесячные данные	
Девушки НП	1.0; 4.0	1.0	5.4	5.3; 3.0; 2.7; 2.2	14.9 3.8 3.4 2.2
Юноши НП	1.01; 2.7; 4.0	1.0	2.3	6.9; 5.0; 2.3; 1.0	2.2 3.7
Девушки ННП	1.01; 1.3; 4.0	1.0	3.8	6.0; 3.7; 2.3; 2.0	2.2 4.6 29.1
Юноши ННП	0.8; 1.01; 1.6; 2.7	1.0; 4.0; 8.0	6.2	6.3; 2.7	-

В динамике всех видов преступлений обнаруживаются околополугодовые колебания с периодами 5. 3-6. 9 месяцев, что согласуется с данными других авторов, обнаруживших ритмическую составляющую 0. 5 года в динамике терактов (Григорьев, 2007) и преступности в Москве (Чибрикин, 1995); 2) окологодовой ритм преступности обнаружен во временных рядах частоты преступлений в Москве (Чибрикин, 1995); 3) обнаружение в динамике НП, совершенных девушками околodвухнедельного ритма (14. 9 суток) совпадает с данными П. Е Григорьева и Б. М Владимирского (2007), наблюдавших этот ритм во временных рядах терактов.

Сопоставление выделенных ритмических составляющих во временных рядах количества агрессивных актов и правонарушений с периодами космофизических природных циклов позволяет особо выделить:

- 1) окологодовой цикл (все исследуемые ряды);
- 2) ритм с периодом 2.7 лет в ряду частоты НП, совершенных юношами, близкий к циклам СА (2.25-3.5 лет), выявленным другими авторами (Василик, 1979; Landscheidt, 2000);
- 3) ритмы с периодами 2.8 и 3.0 месяцев в динамике НП среди девушек совпадают с циклами СА, установленными Т. Landscheidt (2000);
- 4) среди многодневных циклов ритм с периодом 14. 9 суток (НП среди девушек) близок к полулунному циклу, а ритм с периодом 29.1 суток (ННП среди юношей) совпадает с лунно-месячным (синодическим) циклом (Дубров, 1990), что согласуется с результатами других авторов (Карепина, 2007).

Кросспектральный анализ. Определение взаимосвязи между ритмическими процессами в динамике агрессивного поведения подростков и юношей с колебательными явлениями в изменениях СА при анализе помесечных данных показало:

- 1) годовые ритмы агрессивных актов и ненасильственных преступлений среди юношей и девушек синхронизированы с годовыми и полугодовыми ритмами СА;
- 2) отличительной чертой ритмичности ненасильственных преступлений является её синхронизация с циклами солнечной активности на частотах с периодами около 4 лет (3.8 лет) (таб. 3).

Таблица 3

Когерентность ритмов агрессивных и ненасильственных актов с циклами солнечной активности (периоды взаимно синхронизированных частот по данным помесечных измерений)

Группа	Периоды (месяцы)	Периоды (годы)
НПД	2.4; 6.4	1.0
НПЮ	3.7; 5.6	1.0
ННПД	2.6; 6.0	1.0; 3.8
ННПЮ	2.1; 6.0	1.0; 3.8

Таблица 4

Когерентность ритмов агрессивных и ненасильственных актов с циклами солнечной активности (периоды взаимно синхронизированных частот по данным посуточных измерений)

Группа	Периоды (сутки)	Периоды (месяцы)	Периоды (годы)
НПД	2.2; 3.4; 3.8; 6.5	1.0 ; 1.2; 2.4; 2.8	2.7; 4.0
НПЮ	2.8; 7.4 ; 10.4; 35.0	2.1; 2.8; 5.1	1.6; 2.7; 4.0
ННПД	2.0; 2.6; 5.8; 9.0	2.2; 2.7; 6.0 ; 8.3	1.0; 4.0
ННПЮ	4.1; 13.5; 26.0	1.6; 2.5; 3.4; 5.8; 6.3	1.0 ; 2.7; 8.0

Анализ данных о когерентности сравниваемых рядов по данным посуточных измерений показал: 1) 4-х-летние ритмы преступлений синхронны 4-летним циклам СА (кроме ННПЮ); 2) ритмы частоты насильственных преступлений (среди девушек и юношей) синхронизированы с околomesячными и околoneдельными циклами СА; 3) околoneгодовая и полугодовая динамика ненасильственных преступлений когерентна годовым колебаниям СА и полугодовым ритмам СА (таб. 4).

По результатам проведенного нами исследования необходимо сделать следующие выводы:

- 1) В масштабе многолетних изменений в период с 2000 до 2007 г. динамика солнечной активности отрицательно коррелирует с частотой

ненасиленных преступлений среди молодежи и положительно – с частотой агрессивных актов, совершенных юношами и девушками с лагом запаздывания на 1 год. Агрессивность девушек в наибольшей мере связана с вариациями солнечной активности по сравнению с юношами.

- 2) В динамике преступлений присутствуют: полугодовая и окологодная ритмические составляющие, что свидетельствует о сезонных колебаниях проявления агрессии и совершения противоправных актов.
- 3) Девушки совершают агрессивные акты с периодичностью 14,9 суток (полулунный цикл), а юноши – с периодичностью 29.1 суток (околосесячный лунный ритм).
- 4) Околосесячные и околоседелные ритмы агрессивных актов синхронизированы с циклами солнечной активности на частотах с периодами 4 года.

Литература

1. Василек П. В. Системный анализ влияния магнитного поля Земли на рост и развитие человека // Кибернетика и вычислительная техника. – Киев, 1979. – № 45. – С. 12-21.
2. Григорьев П. Е., Владимирский Б. М. Эффекты космической погоды в террористической активности // Ученые записки Таврического Национального Университета им. В. И. Вернадского, 2007. – Т. 20. – № 1 – С. 28-46.
3. Дубров А. П. Лунные ритмы у человека. – СПб.: Изд-во «Медицина», 1990. – 160 с.
4. Жмуров Д. В., Леонченко Е. Б. Убийства, совершаемые подростками // Современность в творчестве вузовской молодежи: сборник научных трудов молодых ученых, 2008. – № 10. – С. 20-30.
5. Карепина Е. В. Зависимость уровней агрессии, агрессивности и гемодинамических показателей от фаз лунного цикла в группе лиц младшего подросткового возраста // Биологические науки, 2007. – № 3. – С. 23-27.
6. Кайгородова Н. З. Половые особенности влияния солнечной активности на умственную работоспособность первоклассников // Вестник ТГПУ, 2009. – № 8. – С. 135-137.
7. Мартынюк В. С. Космическая погода и наша жизнь. Фрязино: из-во Век 2. Progress in nonlinear science?, Nizhny Novgorod, Russia, July 2-6, 2001. V. II. – P. 221-223.
8. Мельников В. Н. Сезонность в жизнедеятельности человеческих популяций. – Авт. дисс. на соиск. уч. ст. д. б. н. – Ульяновск. – 2009. – 36 с.
9. Мирошниченко С. Т., Коваль В. А. Ритмагнитная схема эволюционного развития ноосферы и биосферы // Вестник национального технического университета Украины «Киевский политехнический институт», 2007. – № 56 – С. 231-244.
10. Можгинский Ю. М. Агрессия подростков. – СПб.: Изд-во «Ланно», 1999. – 128 с.
11. Поскатинова Л. В. Индивидуальные особенности связей динамики вегетативных регуляторных процессов с гелиометеофакторами // «Биология, химия», 2007. – Т. 20. – № 1 – С. 47-57.
12. Серпов В. Ю. Влияние естественных магнитных полей на безопасность жизнедеятельности человека в зонах геофизических аномалий Европейской части России // Диссертация на соиск. уч. ст. д. м. н. – С.-П., – 2007. – 321 с.

13. Суранов А. Я. Обработка данных и моделирование сигналов с помощью пакета «Origin». – Барнаул: изд-во АГУ, 1999. – 70 с.
14. Темуриянц Н. А. Магнитные поля крайне низкой частоты как фактор модуляции и синхронизации инфраничных биоритмов у животных // Геофизические процессы и биосферы, 2009. – Т. 8. – № 2 – С. 36-50.
15. Чибрикин В. М., Самовичев Е. Г., Кашинская И. В., Удальцова Н. В. Динамика социальных процессов и геомагнитная активность. 1. Периодическая составляющая вариаций числа зарегистрированных преступлений в Москве // Биофизика. – 1995. – Т. 40. – № 5. – С. 1050-1053.
16. Landscheidt, T. Solar forcing of El Niño and La Niña. European Space Agency (ESA) Special Publication. 2000. – № 463. – P. 135-140.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА В СВЕТЕ ТЕОРИИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ А. АДЛЕРА

О. Хайкин

*Адлеровский психолог, ведущая родительских групп,
персональный коуч, Израиль*

Различные психологические направления сегодня сходятся в том, что формирование личности человека происходит в первые пять лет его жизни.

Альфред Адлер – основатель теории Индивидуальной психологии, которая стала предтечей социальной, когнитивной, гуманной психологии – утверждал, что в первые пять лет жизни ребенка закладывается прототип жизненного стиля. Под жизненным стилем Адлер понимал основную и постоянно повторяющуюся модель мышления, ощущений и способов действовать. Чтобы достичь практического понимания жизненного стиля каждого человека, можно выделить пять подтипов отношений, которые он включает:

Отношение человека к самому себе. Этот вид отношения может характеризоваться стремлением к саморазвитию, самосовершенствованию, может быть снисходительным, потакающим самому себе, может чрезмерно требовательным и не принимающим самого себя, а может быть деструктивным, самоуничтожающим.

Отношение к жизненным трудностям. Оно также может колебаться в широком диапазоне: от оберегающего себя, избегающего неприятности и трудности, до непомерного аппетита «объять необъятное», взвалить на себя все жизненные трудности и побороть их.

Отношение к окружающим людям. Оно может включать кооперацию, желание сотрудничать с ними, поддерживать и подбадривать их, а может характеризоваться стремлением властвовать над ними, превосходить, эксплуатировать, либо отвергать их.

Отношение к противоположному полу. Может выражаться в уважении, принятии, привязанности, любви и восхищении, либо в соревновании, отвержении, оскорблении, полном неприятии.

Отношение к жизни. Оно может быть оптимистичным, предполагающим щедрый вклад, большую отдачу, а может быть пессимистичным, мрачным, либо потребительским, со стремлением к самообогащению или самозащите.

Эта конференция посвящена теме психологического здоровья человека: его жизненных ресурсов и жизненного потенциала.

Альфред Адлер утверждал, что поскольку человек является существом социальным, и вне влияния, заботы, любви и тепла со стороны взрослых человеческий детеныш просто не смог бы выжить, то социальное чувство, то есть стремление интересоваться другими и заботиться о других, является врожденной способностью, которую необходимо сознательно развивать. Более того, Адлер считал, что наличие этого социального чувства является залогом душевного здоровья человека и залогом того, насколько человек успешно справляется со своими жизненными задачами.

Приведу цитату из Адлера: «Социальное чувство – важнейший и решающий фактор нормального развития».

Интересно, что этот термин «социальное чувство» или «социальный интерес» претерпел изменения в процессе развития самой теории и в процессе перевода с одного языка на другой. Изначально теория Индивидуальной психологии создавалась на немецком языке, и в оригинале Адлер дал этому стремлению название *Gemeinschaftsgefühl*, что в переводе ближе всего к «духу солидарности, общности, а также причастности, принадлежности к группе». А в дальнейшем, уже на английский язык, это понятие перевели как *social feeling, social interest*.

Поскольку мне приходится много работать с родителями, то в контексте разговора о воспитании детей и о важности привития им этого чувства, уместно употреблять другой термин – чувство причастности, принадлежности: к семье, к группе, где находится ребенок, будь то сад или школа, спортивная секция или интернат. Так что отныне я буду употреблять именно этот термин.

Я решила использовать в статье схематический рисунок Древа жизненного стиля. Этот рисунок включает в себе Адлеровскую Модель развития личности.

Я уже дала разъяснение, что Адлер понимал под жизненным стилем человека – образ мыслей, чувств и действий, характеризующий каждого индивида. Очевидно, что этот уникальный жизненный стиль каждого человека имеет отношение также и к решению трех жизненных задач, о которых говорил Адлер. Каковы они? Обратимся к схеме и рассмотрим «кроны дерева».

Три жизненные задачи – это те задачи, перед которыми предстает каждый взрослый человек. По Адлеру, то, как человек справляется с тремя этими задачами, является индикацией его душевного здоровья.

СОЦИАЛЬНЫЕ КОНТАКТЫ – СВЯЗЬ С ДРУГИМИ ЛЮДЬМИ.

Дружба – выражение нашей причастности к человеческому роду и постоянной необходимости приспособляться к другим, взаимодействовать с другими. Наши особенные дружбы обеспечивают существенные связи с обществом, поскольку ни один индивид не соотносится с обществом абстрактно. Дружеские, кооперативные усилия являются также необходимым элементом конструктивной работы.

Люди могут восприниматься как потенциальные друзья, к ним можно относиться с теплом и энтузиазмом, с уважением и эмпатией. А можно смотреть на них как на существ более низких, слабых, зависимых, и их использовать. Либо они могут восприниматься как нечто враждебное, и тогда человек будет всячески стремиться избегать контактов с ними. Либо человек может выбрать индифферентную позицию по отношению к другим людям.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, РАБОТА.

Работа включает все те виды деятельности, которые полезны обществу, а не просто те занятия, которые обеспечивают нам доход. По Адлеру, работа создаёт удовлетворение и чувство собственной значимости в той степени, в какой она полезна другим. «Мы живём на поверхности этой планеты, с ресурсами лишь этой планеты, плодородием её почвы, её минеральными богатствами, климатом и атмосферой. Задачей человечества всегда было находить правильный ответ на проблемы, которые ставят перед нами эти условия. Всегда было необходимо бороться за улучшение и дальнейшее совершенствование».

Работа может рассматриваться, как возможность сделать жизнь других людей более богатой, интересной, полноценной, здоровой, либо как источник собственного обогащения. Работу можно воспринимать как возможность творческого воплощения, либо как обременительную ношу. Бизнес можно вести с позиции безжалостной конкуренции, а можно принимать в расчет интересы своих работников и клиентов.

ЛЮБОВЬ, ИНТИМНЫЕ ОТНОШЕНИЯ, СОЗДАНИЕ СЕМЬИ.

Любовь понимается Адлером как гетеросексуальная любовь. Это тесный союз ума и тела, величайшая кооперация между двумя людьми противоположного пола. Любовь основана на том факте, что каждое человеческое существо принадлежит к одному полу, а не к другому и что интимные отношения между полами существенны для продолжения рода. Адлер пишет, что тесные узы брака представляют собой величайшее испытание нашей способности сотрудничать с другим человеком. Удачный брак создаёт наилучшие условия для воспитания способности к кооперации и общественного чувства в детях.

Любовь может представлять собой образец незрелого увлечения без всяких обязательств, либо зрелых ответственных отношений.

Адлер подчёркивал, что эти три задачи – работа, дружба и любовь – всегда взаимосвязаны. Они предоставляют партнерам возможность давать друг другу взаимную радость, взаимное доверие, поддержку, понимание, расцвет, либо могут носить характер жестокой эксплуатации.

Итак, подытожим то, о чем говорили до сих пор. Согласно Адлеру:

Каждый человек обладает своим собственным уникальным жизненным стилем.

Каждый человек во взрослой жизни сталкивается с решением трех жизненных задач.

Наличие у человека чувства принадлежности является жизненно необходимым для нормального развития и здоровой психики.

Интересно, что же влияет на развитие личности человека, и что делает людей такими разными?

Как мы сказали в начале, личность человека в основном формируется в первые пять лет жизни.

А теперь, опять-таки обратившись к рисунку, рассмотрим «корневую систему» дерева и увидим, какие же факторы влияют на формирование личности человека.

Рассмотрим эти пять корней:

ЗДОРОВЬЕ И ВНЕШНОСТЬ.

Они включают различные травмы, инвалидность, заболевания (включая генетические), всякого рода отклонения от нормы, точно так же, как и необычная красота и привлекательность. Каждый из этих факторов может действовать как побуждение к активной компенсации, или как непосильная ноша, ведущая к пассивному образу жизни, разочарованию, к чувству неполноценности, жалости к себе и неуверенности. Либо, наоборот – к ощущению своего превосходства над другими.

СОЦИАЛЬНОЕ И ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ПОЛОЖЕНИЕ СЕМЬИ.

Нужно принимать во внимание, в каком положении находится семья: либо пребывает в нищете, либо живет в достатке и процветании. Также культурные и религиозные факторы могут способствовать чувству неполноценности или превосходства.

РОДИТЕЛЬСКОЕ ОТНОШЕНИЕ.

Эти отношения включают в себя широкий спектр взаимодействий между родителем и ребенком. Важно, какой характер носят эти отношения: демократичный, предоставляющий ребенку свободу в сочетании с границами и разумными требованиями, либо доминирующий, подавляющий, либо балующий, демонстрирующий чрезмерную опеку и недоверие к способностям ребенка справляться самому, либо пренебрежительный, невнимательный, попустительский, отвергающий. Либо критикующий,

требовательный, замечающий малейший недостаток, наказывающий. Либо – наполненный теплом, безусловной любовью, подбадривающий.

СЕМЕЙНОЕ СОЗВЕЗДИЕ.

Демонстрирует влияние порядка рождения ребенка и его места в семье: единственный, старший, второй, средний, младший, единственный мальчик среди девочек, единственная девочка среди мальчиков, приемный ребенок, ребенок в семье, пришедший после умершего. Играет также роль разница в возрасте между братьями, последовательность рождения детей разного пола. Психологическое место, занятое каждым ребенком в этом семейном созвездии, уникально и имеет как свои достоинства, так и недостатки.

РОЛЬ ПОЛА.

Может быть позитивна, или негативна, в зависимости от ценностей в данной семье, культуре, обществе. Дети ежедневно наблюдают ролевые модели мужчин и женщин. И в них могут быть очевидны либо превосходство, либо положение приниженности, неполноценности.

Эти пять корней представляют период раннего детства, когда формируется прототип жизненного стиля человека. Негативное влияние в этот период может привести в будущем к разочарованию, неуверенности в себе, в этом мире, но оно не может явиться причиной, по которой ребенок выберет негативное направление в жизни. Он свободен, используя свои созидательные силы, выбирать, приспосабливая это влияние и жизненные обстоятельства к его собственному представлению, каким путем наиболее успешно строить свою жизнь.

И если мы внимательно присмотримся к этим пяти факторам – пяти корням, то заметим, что есть вещи, которые человек получает, как данность, и не может их изменить или существенно повлиять. А есть, к примеру, такие как родительские отношения, которые в огромной степени зависят от нашего выбора, от нашего понимания важности и значимости их влияния на всю дальнейшую жизнь ребенка. Включая, конечно же, и его психологическое здоровье. И когда я употребляю термин «родительские отношения», я имею в виду целый широкий спектр составных элементов: атмосфера в каждой конкретной семье, ее эмоциональная окраска; способ коммуникации между членами семьи; сплоченность или разобщенность; кооперация между членами семьи, либо скрытая или открытая конкуренция; холодность и отчужденность, либо тепло, любовь и взаимная поддержка. Порядок, распределение обязанностей между всеми, либо неразбериха, отсутствие норм и границ, настоящая анархия и хаос в семье.

И теперь, когда мы, хотя бы в теории, разобрались с тем, что же формирует личность человека, и какая огромная, в сущности, роль и ответственность лежит на плечах родителя, (воспитателя, значимого взрослого),

можно было бы перейти к практической части. И увидеть, какой неоценимый вклад внесли Адлер и его последователи в разработку целой системы родительского образования, образования учителей и воспитателей. И эта последовательная, логичная, очень гуманная, основанная на глубочайшем знании природы человека, система в течение многих десятков лет используется и претворяется в жизнь в десятках странах мира, включая Израиль. И мне повезло необычайно сначала услышать, прикоснуться, а затем долго изучать, и в последствие – применять и воплощать этот подход. И прежде всего – в своей жизни, а также в работе с группами родителей, в индивидуальной работе, на семинарах с коллективами учителей и воспитателей, в персональном коучинге.

Я сказала, что можно было бы перейти к воплощению знания на практике, если бы позволили рамки статьи. Но очевидно, и это подметил очень давно еще сам Адлер, намного проще понять его теорию умом, нежели применять этот подход в ежедневной жизни. Это требует большого труда, терпения, желания и готовности к улучшению и совершенствованию. И это – целый процесс, он занимает время, требует последовательности и постоянных опытов применения. Зато оправдан сполна, ибо делает жизнь человека и его отношения с окружающими наполненными оптимизмом, открытостью, смелостью, свободой, душевным здоровьем.

И все-таки я коротко изложу, как я строю работу в группе. Помимо знакомства с участниками и выявления целей их прихода, а также согласования наших совместных ожиданий друг от друга, я, пользуясь терминологией из коучинга, предоставляю родителям возможность как бы составить картину отдаленного позитивного будущего. То есть прошу их «увидеть» своих детей уже взрослыми и спрашиваю о том, какими именно личностями они хотят видеть своих детей. Ну, и, конечно же, следуют самые разнообразные ответы. И вот что удивительно, что ни один родитель не желает своему ребенку вырасти человеком зависимым, недружелюбным, необщительным, закрытым, трусом, жадным, социопатом и т. д. Все мечтают как раз об обратном. Таким образом, мы как бы намечаем цели в нашей совместной работе. А определив цели совершенно естественно определить и пути их достижения. И вот эти пути и методы и являются материалом для практической работы.

Очень интересно заметить, что нередко в ежедневной практике родители, конечно же сами того не осознавая, применяют подходы и методы, которые ведут как раз к тому, чего они так не хотят для своих детей: несамостоятельности, эгоцентричности, избалованности. Получается парадокс, который когда-то очень четко определил Симон Соловейчик в чудесной книге «Педагогика для всех». Вот что он пишет: «Два образа, Ребенка и Человека, довольно часто расходятся в одной и той же родительской голове. Образ Человека мы конструируем для взрослой жизни, в нем главное – самостоятельность. А образ Ребенка нужен нам такой,

чтобы легче было справиться с трудной работой воспитания, в нем главное – несамостоятельность, потому что своевольным ребенком сложнее управлять. Образ Человека – для одной цели – жить, а образ Ребенка – для другой, воспитывать!». Здорово, правда? А главное – очень верно.

Ну, а дальше, познакомившись с участниками и заложив фундамент для работы, я знакоблю родителей с основами теории, и делаю это знакомство живым, динамичным, откликающимся мгновенно в душах и умах. А после того, как участники групп запасаются знанием и общим языком, мы работаем над практическими вопросами. Родители обучаются «расшифровывать» язык детского нежелательного поведения. Ведь дети говорят с нами посредством поведения. Я знакоблю участников с гениальным открытием Рудольфа Драйкурса (ученика и последователя Адлера) об ошибочных целях в поведении ребенка и, разумеется, с тем, какова роль родителя в том, что дети избирают эти цели. А самое важное – с тем, как родитель может помочь ребенку, как бы «переориентировать» его и вывести на путь сотрудничества, созидательного роста и расцвета личности.

Ну, а затем идет разговор обо всем, что влияет и формирует личность ребенка. И тут я возвращаю вас опять к нашей схеме, к ее корневой системе, точнее к тому «корню», который целиком и полностью находится под влиянием родителей. Я имею в виду атмосферу в семье, способы коммуникации, искусство эмпатического слушания и принятия чувств ребенка, кооперация между членами семьи, помощь и поддержка, наличие норм и логичных границ в семье.

Есть еще одна тема, с которой мы работаем в группе. Эта тема – влияние порядка рождения детей на развитие и формирование ребенка и семейная констелляция. И это – открытие, принадлежащее, также, исключительно Альфреду Адлеру. Сегодня, спустя почти сто лет, уже никто не сомневается в том, насколько велико влияние siblings (родных братьев и сестер в семье) на формирование личности и на построение особого, уникального для каждого стиля жизни.

В группе, как в лаборатории, мы анализируем то, как влияют на мировоззрение ребенка и его поведение различные родительские стили и такие педагогические методы, как баловство, чрезмерная опека, завышенные требования и критика, перфекционизм и др.

По сути, я примерно изложила программу практической работы с родителями, а также учителями, воспитателями. По такой программе работали сам Адлер и его многочисленные последователи, талантливейшие психологи, педагоги. По этой же примерно программе ведется работа с родителями и в Адлеровском Институте в Израиле и в многочисленных группах, которые открываются по всей стране.

И эта работа позволяет подготовить родителей, которые действительно, в последствие блестяще справляются с главной родительской

задачей – подготовкой ребенка к взрослой жизни, когда он будет успешно преодолевать жизненные задачи и трудности, научиться справляться без нас. И эта же планомерная и очень благодарная работа по подготовке эффективных родителей является залогом воспитания здорового молодого поколения.

И в конце я вновь приведу цитату из Адлера: «Конструктивное стремление к совершенству плюс сильное общественное чувство и кооперация – основные черты здорового индивидуума».

ВЗАИМОСВЯЗЬ СУБЪЕКТИВНОГО ЭКОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ И ОТНОШЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА К ЗДОРОВЬЮ³

Н. Н. Хащенко

Институт психологии РАН, Москва

Взаимосвязь субъективного благополучия и здоровья (физического (соматического), психического) человека отмечается многими исследователями, изучающими структурные компоненты субъективного благополучия личности. Но при этом, здоровье человека (в том числе и его физическое состояние) во многом определяется как объективными экологическими условиями его жизни, так и отношением личности к экологическим условиям, т. е. ее актуальным экологическим сознанием. Основываясь на опыте, накопленном в психологии по изучению роли экологических условий в жизнедеятельности человека, а также социально-психологических механизмов адаптации личности к условиям постоянного проживания на радиоактивно загрязненных территориях (Журавлев, Хащенко, 2002; Хащенко, 2003) мы рассматриваем экологическое сознание как один из психологических регуляторов поведения и жизнедеятельности человека. При наличии объективных либо ожидаемых признаков изменения экологической ситуации происходит актуализация элементов экологического сознания. Актуальное экологическое сознание индивида разворачивается в ряде психологических феноменов: представлениях о субъективной значимости экологических факторов; переживаниях последствий экологических и природно-климатических изменений как опасных или безопасных для его (его семьи) жизни и здоровья; отношении (оценке) к экологической ситуации в регионе проживания; типе ценностного отношения (установки) к природе; идеалах экологического сознания и поведения; нормах, правилах экологического поведения. Полученные нами ранее эмпирические данные свидетельствуют о том,

³ Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ, проект «Экологическое благополучие в структуре смысложизненных ориентаций личности» № 10-06-00929а

что многими современниками, и особенно молодыми людьми, осознается высокая значимость экологических проблем для страны в решении задач, связанных в первую очередь со здоровьем населения в целом, и подрастающего поколения, в частности, а также для ее экономического роста, создания образа страны в мировом сообществе. Информированность об экологической ситуации в стране и в районе проживания оценивается как недостаточно высокая (как населения в целом, так и собственная), при этом информированность об экологических проблемах в стране более высокая, по сравнению с информированностью об экологических проблемах в районе проживания. Данный факт объясняется большей представленностью информации об экологических проблемах страны и больших городов в центральных средствах массовой информации (телевидение, радио, газеты и др.) по сравнению с местными органами массовой информации. Источниками информации об экологической ситуации в районе проживания чаще всего выступают окружающие люди, а также собственные наблюдения и переживания. Уровень экологических знаний своих и окружающих людей большинством оценивается как достаточно низкий, при этом культура поведения других в отношении окружающей среды как более низкая, чем собственная. Респондентами дается низкая оценка успешности проводимой экологической политики в стране и в регионе. Большинство опрошенных затрудняются дать оценку действиям различных организаций по решению экологических проблем в силу собственной низкой компетентности. Экологические вопросы, в ряду других интересующих человека тем, обсуждаются достаточно редко, но если такие разговоры ведутся, то чаще всего с членами семьи и с соучениками в учебных заведениях. Анализ динамики оценки «благоприятности – неблагоприятности» экологической ситуации в районе проживания показывает, что экологическая ситуация в районе проживания определяется опрошенными как скорее неблагоприятная, чем благоприятная. Отмечается, что она ухудшилась за последние 3-5 лет, а ее улучшение в ближайшем будущем не ожидается. У большинства респондентов наблюдается негативный эмоциональный фон по отношению к экологической обстановке в районе проживания, она вызывает чувство беспокойства, тревоги из-за невозможности ее изменить. Причинами изменения экологической ситуации в регионе большинство ответивших называют техногенные факторы – большое количество автомобилей на дорогах, «неэкологичную», недальновидную политику промышленных предприятий, а также ухудшение экологической обстановки в городах респонденты связывают с поведением людей по отношению к окружающей природе и экологии в целом (мусор, курение, разведение костров). Эти проблемы в первую очередь и вызывают наибольшие эмоциональные переживания опрошенных (особенно более старших по возрасту), многими из них отмечается, что «часто люди начинают

задумываться об окружающей среде только когда узнают о чем-то негативном – авариях, катастрофах и т. п. ». В ряду основных признаков-ориентиров при оценках изменения экологической обстановки большинство называет «глобальные» проблемы и, в частности, изменение климата. Но вместе с тем, люди выделяют и непосредственно связанные с местом проживания признаки, как негативные – наличие большого количества машин во дворах, скопление мусора, загрязнение водоемов, ухудшение здоровья близких, так и позитивные – зеленые насаждения в городах (газоны, клумбы), появление большого количества птиц (в городах области), архитектурные изменения в городе.

Ценностные установки на отношения человека с природой могут быть раскрыты через систему основных ценностных ориентаций человека (терминальных и инструментальных) и место природы в их иерархии; оценку психологической готовности к изменению собственного экологического поведения; оценку психологической готовности к активному изменению экологической среды жизнедеятельности. Отношение к природе как ценности связано с тем, что люди испытывают сильное желание и потребность бывать и общаться с природой, несмотря на то, что в системе жизненных ценностей личности «Природа» не занимает самое главное место. Установлено, что больше половины респондентов достаточно редко отдыхают и бывают на природе (ходят в лес, парк), вместе с тем, многие жители городов имеют дачные участки и загородные дома, поэтому молодые люди часто «вынуждены» выезжать с семьей за город. Около трети опрошенных бывают на природе довольно часто (гуляют в парках, скверах, выезжают на пикники), при этом позитивные эмоциональные переживания, связанные с природой, обусловлены и межличностными контактами со сверстниками. Положительный эмоциональный фон восприятия природы, эстетические чувства, возникающие у человека, тесно взаимосвязаны со стремлением изменить свое экологическое поведение и готовностью к активному изменению экологической среды жизнедеятельности. В целом, у опрошенных нами респондентов преобладает пассивное отношение к собственному участию в решении экологических проблем. В то же время их значительная часть испытывает потребность в дополнительной информации об экологических условиях проживания и потенциальное желание быть «активным» в решении экологических проблем региона. Результатом того, что лишь небольшая часть населения способна что-либо изменить или верит в эту возможность, является высокая степень ответственности, которой наделяют респонденты различные ветви власти, ведомства, организации, движения за состояние окружающей природной среды в районе проживания.

Экологическая обстановка в районе проживания в настоящее время чаще оценивается респондентами в целом как неблагоприятная, вместе с тем, преобладают оценки «скорее неблагоприятная, чем благоприятная»,

категорично негативных оценок нет. При этом многие из опрошенных считают, что обстановка обычная (как везде). Большинство молодых людей, несмотря на возраст, испытывают беспокойство за свое здоровье, которое оценивается респондентами чаще как нормальное, а также как «скорее хорошее, чем плохое». Опасения в связи с состоянием здоровья вызывают, прежде всего, родители (бабушки, дедушки) и маленькие дети (младшие братья, сестры, собственные дети), наблюдаются пессимистичные оценки их здоровья и в ближайшем будущем в связи с негативными прогнозами респондентов относительно обострения и изменения экологических условий жизни. Основными направлениями в действиях опрошенных по профилактике и укреплению здоровья являются: «здоровое («чистое») питание», «увлечения и занятия спортом», «самооздоровление в повседневной жизни», «отказ от курения и вредных привычек», «соблюдение правил гигиены», «самооздоровление во время отдыха и досуга». У большинства респондентов наблюдается негативный эмоциональный фон по отношению к экологической обстановке в районе проживания, она вызывает чувство беспокойства, тревоги из-за невозможности ее изменить, но переживания чувства безнадежности у молодых людей в связи с экологическими условиями жизни возникают достаточно редко.

Таким образом, отношение человека к экологическим условиям жизни может определяться через переживание им благополучности – благополучности этих условий, т. е. быть связано с субъективным экологическим благополучием.

Проблема субъективного экологического благополучия не получила еще достаточного осмысления в работах исследователей, существуют лишь некоторые определения близких понятий в работах специалистов, изучающих, например, правовые аспекты экологических проблем, так «экологическое благополучие населения» рассматривается как состояние здоровья населения и такое влияние на него окружающей природной среды, при котором обеспечиваются благоприятные условия жизнедеятельности населения (Голиченков, 2008). Вместе с тем, феномен экологического благополучия неразрывно связан с проблемой субъективного благополучия личности. Оценка человеком своей жизни, его эмоциональное отношение к ней являются темой философских, социологических и психологических исследований. Исследование проблемы субъективного благополучия, по мнению Г. Л. Пучковой, вызвано острой для психологической науки и практики необходимостью в определении того, что служит основанием для внутреннего равновесия личности, из чего оно складывается, какие эмоционально-оценочные отношения лежат в его основе, каким образом оно участвует в регуляции поведения, каким образом можно помочь личности в решении проблемы благополучия (Пучкова, 2003).

Одним из содержательных аспектов рассмотрения проблемы субъективного благополучия личности выступает вопрос его структурных

(уровневых) компонентов. Так, например, Н. К. Бахарева, постулируя, что субъективное благополучие зависит от результатов социализации, а также от того, что является для субъекта наиболее важным, ценным в жизни, какими способами он взаимодействует с собой и окружающими, выделяет следующие типы (уровни) субъективного благополучия, соответствующие различным типам ценностных ориентаций и мотивационной структуры личности. Уровень материального благополучия, предполагающий личную значимость материального обогащения; уровень личностного (смыслового) самоопределения, включающий систему реализации личностных смыслов; уровень социального («отношенческого») самоопределения, содержащий систему связей и отношений, необходимых для сохранения внутреннего равновесия; уровень личностного (характерологического) благополучия – это субъективная оценка собственного характера и свойств личности; уровень профессионального самоопределения и роста, связан с профессиональным самоопределением, удовлетворенностью трудом; уровень физического (соматического) и психологического здоровья, определяется системой взглядов на ценность здоровья.

По мнению специалистов Вашингтонского университета, связывающих, как и многие отечественные ученые, благополучие с качеством жизни, оно является различным для каждого человека, является целостным, многоаспектным образованием, влияющим, с одной стороны, на оценку человеком своей жизни, а с другой – выступающим некоторым ориентиром в жизни, то к чему каждый человек должен активно стремиться с целью самосовершенствования (<http://www.wellbeing.wsu.edu>). Основными сторонами «индивидуального благополучия» обозначаются следующие: эмоциональная – способность распознавать, понимать и выражать весь спектр эмоций, регулировать свои эмоции в направлении здорового образа жизни, удовлетворяющего личные и социальные цели; интеллектуальная – активный ум, его критичность, открытость новым идеям, стремление к творчеству и т. п. ; духовная – смысл и цель жизни, выступающие основой духовного здоровья, и определяющие действия и поступки человека, в соответствии с его убеждениями, ценностями, мировоззрением в целом; социальная – обуславливающая положительное состояние, так называемого социального здоровья человека, это процессы взаимодействия человека с окружающими его людьми; финансовая – умение строить планы на будущее, принимать обоснованные решения в области «экономических инвестиций»; профессиональная – стремление к достижению личного удовлетворения и обогащения через работу; физическая – стремление к достижению оптимального состояния здоровья через развитие физической силы, выносливости, использование рациональной системы питания и т. п. ; экологическая – осознание и признание решающей роли окружающей среды в жизни человека, а также

того, что вся человеческая деятельность влияет на окружающую среду и может поставить под угрозу способность среды по предоставлению основных услуг, необходимых для поддержания жизни.

Таким образом, представление о том, что субъективное благополучие личности – это сложное, интегральное социально-психологическое образование, включающее оценку и отношение человека к своей жизни и самому себе, имеющее трех компонентную структуру (эмоциональный, когнитивный и конативный компоненты), характеризующееся субъективностью, позитивностью и глобальностью измерения, которое формируется в процессе жизнедеятельности, в системе отношений личности к различным объектам окружающей действительности, развивают многие как зарубежные, так и российские специалисты (Динер, Бахарева, Бочарова, Шамионов, Пучкова, Фесенко и др.). Психология традиционно сосредоточивает внимание на аффективных структурных компонентах субъективного благополучия – эмоциональных ответах и ценностных переживаниях людей. Как психологическое понятие субъективное благополучие подчеркивает, прежде всего, ценностные аспекты отношения человека к различным сферам его жизни, а также уровень адаптации к ним. При этом главной составляющей психологического измерения субъективного благополучия выступают переживания человека, его чувственно-эмоциональная и когнитивная сферы, обусловленные как объективными обстоятельствами жизнедеятельности, так и его личными свойствами. Оно рассматривается как интегральный психологический показатель жизни человека. В этом значении обычно подчеркивается близость явлений субъективного или психологического благополучия, качества жизни, общей удовлетворенности жизнью, а также счастья и социального самочувствия. Часто эти термины используются как синонимичные, так как основаны на измерении одного и того же интегрального показателя – общей удовлетворенности жизнью или счастья. В других подходах субъективное благополучие рассматривается только как частный компонент качества жизни, наряду со счастьем и самочувствием, т. е. как неосознанное переживание, недифференцированное эмоциональное состояние человека или как аффективный компонент его отношения к жизни. Существует понимание природы благополучия как результата оценивания «расхождения между ожиданиями и достижениями человека». Данный подход учитывает перспективу ожидания, или, иначе говоря, анализирует, что более важно для человека – достижение благополучия сегодня или завтра.

В последнее время ряд исследователей подчеркивают необходимость выделения разных видов субъективного благополучия в связи с изучением субъективного качества жизни. В результате исследований, посвященных изучению социально-психологических факторов жизнедеятельности личности на экологически неблагоприятных территориях, нами

была определена совокупность компонентов (факторов), образующих эмпирическую структуру «качества жизни» жителей Тульской области, которые выступают в качестве субъективных критериев оценки качества жизни в данном регионе проживания. Одним из компонентов этой структуры выступило «экологическое благополучие», которое включало в себя такие показатели, как удовлетворенность экологией в районе проживания, удовлетворенность медицинским обслуживанием, качеством питания, условиями отдыха и досуга. Этот факт позволил нам предположить, что экологическое благополучие, может выступать в сознании личности, как самостоятельный феномен, определение которого через анализ представлений, оценок, переживаний индивида явилось одной из задач проведенного нами исследования.

На основе теоретических представлений о субъективном благополучии, была разработана программа исследования, направленная на изучение субъективного экологического благополучия личности, которая включала следующие группы характеристик. Актуальное состояние экологического сознания (отношение личности к экологическим условиям проживания) определяется через показатели динамики личностной оценки «благоприятности – неблагоприятности» экологической ситуации в районе проживания; значимости для личности экологических проблем, связанных с загрязнением природной среды; отношения личности к себе как субъекту экологического поведения; информированности личности о состоянии экологической ситуации в районе проживания; наличия или отсутствия беспокойства за собственное здоровье в связи с экологическими условиями проживания; ценностное отношение личности к природе. Субъективное качество жизни (оценка степени удовлетворенности личности различными сторонами своей жизни: материальным и социальным положением, работой, отношениями в семье, с ближайшим социальным окружением (коллегами по работе и соседями), качеством питания, медицинским обслуживанием, личной безопасностью, экологией среды проживания, условиями отдыха и др.) через определение структуры субъективного качества жизни личности. Оценка социально-психологических и психологических характеристик личности: определение структуры ценностных ориентаций личности (на основании методики ценностных ориентаций личности М. Рокича); диагностика осмысленности личностью ее жизни, определение ведущих смысложизненных ориентаций личности (цели в жизни, интерес и эмоциональная насыщенность жизни, удовлетворенность самореализацией, локус контроля-Я, локус контроля-жизнь (с помощью опросника СЖО, в адаптации Д. А. Леонтьева)); ведущая ориентация на причины личного успеха-неудачи в жизни (модифицированный

вариант методики УСК); шкала удовлетворенности жизнью Э. Динера (SWSL); преобладающий тип субъективного отношения к природным объектам (методика «Натурофил»). Основным методом исследования является формализованное интервью в технике «лицом к лицу». Математико-статистическая обработка данных осуществляется с помощью различных видов анализа (корреляционного, факторного, кластерного, дисперсионного).

Анализ представлений различных социальных групп людей об экологическом благополучии показал, что большая часть опрошенных связывает экологическое благополучие с «природой» и ее благоприятным состоянием в различных проявлениях («чистая вода», «чистый воздух»). Но при этом, для многих «экологическое благополучие» актуализирует негативные аспекты проявления различных природных и экологических факторов, которые в первую очередь связаны с самочувствием человека, с его «здоровьем – нездоровьем». Это позволяет сделать вывод о том, что так называемое «экологическое неблагополучие» переживается индивидом, субъективно повышая значимость для человека экологических условий его жизни. Индивидуальные различия в представлениях об экологическом благополучии определяются личностными характеристиками, особенностями восприятия конкретной личностью действительности, а также ценностной сферой личности и, в частности, ее ценностными и смысложизненными ориентациями.

Литература

1. Бахарева Н. К. Субъективное благополучие как системообразующий фактор толерантности. Дисс. ... канд. психол. н. – Хабаровск, 2004.
2. Голиченков А. К. Экологическое право России: словарь юридических терминов. Учебное пособие для вузов. – М.: Издательский Дом «Городец», 2008.
3. Журавлев А. Л., Хашенко Н. Н. Социально-психологические факторы жизнедеятельности личности на радиоактивно загрязненных территориях: программа исследования // Современная психология: Состояние и перспективы исследований. Часть 5. Программы и методики психологического исследования личности и группы: Материалы юбилейной научной конференции ИП РАН, 28-29 января 2002 г. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2002. – С. 200-230.
4. Пучкова Г. Л. Субъективное благополучие как фактор самоактуализации личности. Дисс. ... канд. психол. н. – Хабаровск, 2003.
5. Хашенко Н. Н. Жизнедеятельность личности на экологически неблагоприятных территориях: социально-психологический аспект // Экопсихологические исследования. Сборник Материалов 5-й Российской конференции по экологической психологии (Москва, 26-27 ноября 2008 г.) / Под. ред. В. И. Панова. – М.: Психологический институт РАО. 2009. – С. 134-147.
6. Шамионов Р. М. Субъективное благополучие личности: психологическая картина и факторы. – Саратов: Изд-во Саратовского Университета, 2008.

РОЛЬ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ В СОХРАНЕНИИ ПСИХИЧЕСКОГО И ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ МИГРАНТОВ

К. Н. Яворович

ФГБОУ ВПО «Новосибирский государственный педагогический университет»

В ситуации миграций одним из важнейших процессов является адаптация. Согласно Д. В. Ольшанскому, важнейшим компонентом адаптации служит согласование самооценок и притязаний субъекта с его возможностями и с реальностью социальной среды, включающее также тенденции развития среды и субъекта (Ольшанский, 1983).

Наиболее общим показателем успешного процесса адаптации можно считать взаимную удовлетворённость человека и социальной среды. Состояние личности, позволяющее достигать таких взаимоотношений с социумом, называется социально-психологической адаптивностью. При этом человек без длительных внутренних и внешних конфликтов выбирает жизненный путь и принимает решения, продуктивно осуществляет свою деятельность, удовлетворяя при этом основные социогенные потребности, в полной мере соответствует ролевым ожиданиям эталонной группы, самореализуется и раскрывает свой творческий потенциал (Налчаджан, 1988).

Успешность адаптации переселенцев во многом зависит от умения адекватно оценивать новую социальную обстановку и в случае возникновения негативных эмоций и стресса как последствий вхождения в новый социум, справляться с ними.

Говоря об адаптации, необходимо подчеркнуть, что в контексте нашего исследования будет иметься в виду одна из её разновидностей. А именно, адаптация социальная. Социально-психологическая или социальная адаптация предполагает приобщение личности к новым группам, а также видам деятельности, которые имеют место в данном социуме (Андреева, 1998; Гриценко, 2002; Лобас, 2001). Этот вид адаптации понимается как результат процесса различных изменений, в частности, социальных, социально-психологических, морально-психологических, демографических и пр. (Мнацаканян, 2004).

В литературе социальная адаптация часто относится к одному из основных социально-психологических механизмов социализации личности, являясь показателем её зрелости (Андреева, 2000; Новиков, 1998; Парыгин, 1966). В данном случае подчеркивается активность субъекта в процессе освоения социального опыта, поскольку в ходе социализации индивид не просто усваивает социальный опыт группы, но и субъективно преобразовывает его в собственные социальные установки, социальные ожидания, ценностные ориентации. Ценностные ориентации предполагают некоторое преобразование «чужого» опыта (Новиков, 1998).

Относительно процесса миграций, в литературных источниках социальная адаптация понимается как предварительная адаптация субъекта, начинающаяся до контакта со средой (Лебедева, 1998). Сугубо априорная природа этого феномена базируется на определенных представлениях мигранта об иной этнокультурной среде. Отличительной чертой социальной адаптации в данном случае является то, что реализуется она не столько при наличии информации об этой среде, сколько при наложении этой информации на необходимость миграционного перемещения (Лебедева, 1997).

К традиционным факторам процесса адаптации, обеспечивающим жизнедеятельность мигрантов в новых социальных условиях можно отнести климатический (адаптация к климатическим условиям), личностно-психологический (адаптация к жизни без привычного социального окружения), социально-бытовой (адаптация к бытовой и материальной самостоятельности), а также фактор межличностного общения (Арутюнов, 1978; Сухарев, 1998).

Говоря об успешности, либо неуспешности адаптации мигрантов в новом обществе, следует упомянуть о важности и необходимости применения различных стратегий совладающего или «копинг» поведения.

Б. Д. Карвасарский отмечает, что впервые термин «coping» был использован Л. Мерфи (Murphy L.) в 1962 г. в исследованиях способов преодоления детьми требований, выдвигаемых кризисами развития. К ним относились активные усилия личности, направленные на овладение трудной ситуацией или проблемой. По мнению Л. Мерфи, совладание являлось подструктурой личностной защиты.

Во второй половине прошлого века в зарубежной психологии появились другие работы, посвященные изучению этого феномена. Так, в работах немецких авторов данное понятие обозначается посредством синонима «bewaltigung» (преодоление). Отечественные исследователи термин «копинг-поведение» понимают как совладающее поведение или психологическое преодоление (Менделевич, Абитов, 2008).

В дальнейшем понимание копинг-механизмов было тесно связано с исследованиями психологического стресса. Лазарус (Lazarus, 1966) определял копинг-механизмы как стратегии действий, предпринимаемые человеком в ситуациях психологической угрозы, в частности в условиях приспособления к болезни как угрозе (в разной мере, в зависимости от вида и тяжести заболевания) физическому, личностному и социальному благополучию. Р. Лазарус и С. Фолькман являлись представителями стрессово-ориентированного подхода, определяющего совладание в качестве динамического процесса взаимодействия человека со стрессом, зависящего как от специфики ситуации, фазы столкновения со стрессовым фактором, так и когнитивной оценки стрессора человеком (Lazarus, 1966; Lazarus, Folkman, 1984). Авторы выделяют первичную когнитивную оценку, которая интерпретирует характер столкновения

со стрессором и может быть безразличной, позитивной и стрессовой, и вторичную когнитивную оценку с рефлексивными мыслями человека по поводу негативного события. Р. Лазарус и С. Фолькман рассматривают совладание как любые усилия, направленные на то, чтобы справиться с завышенными требованиями среды безотносительно присущей им значимости или ценности (Lazarus, 1966; Lazarus, Folkman, 1984).

Копинг-поведение осуществляется на основе копинг-ресурсов при помощи копинг-стратегий (Баскакова, 2003). Характеристики личности и социальной среды, облегчающие или делающие возможной успешную адаптацию к жизненным стрессам, обозначаются как копинг-ресурсы. Копинг-ресурсы являются составляющей частью копинг-процесса. Успешность адаптации к жизненным стрессам определяется и эффективностью развития личностно-средовых копинг-ресурсов (Lazarus, 1966; Lazarus, Folkman, 1984; Terry, 1991). В своей теории копинг-поведения, авторы (Lazarus, Folkman, 1984, 1987), выделяют базисные копинг-стратегии: «разрешение проблем», «поиск социальной поддержки», «избегание» и базисные копинг-ресурсы: Я-концепция, локус контроля, эмпатия, аффилиация и когнитивные ресурсы. Причем одним из основных базисных копинг-ресурсов является Я-концепция, позитивный характер которой способствует тому, что личность чувствует себя уверенной в своей способности контролировать ситуацию. Интернальная ориентация личности как копинг-ресурс позволяет осуществлять адекватную оценку проблемной ситуации, выбирать в зависимости от требований среды адекватную копинг-стратегию, социальную сеть, определять вид и объём необходимой социальной поддержки (Баскакова, 2003). Следующим важным копинг-ресурсом является эмпатия, которая включает как сопереживание, так и способность принимать чужую точку зрения, что позволяет более четко оценивать проблему и создавать больше альтернативных вариантов ее решения. Существенным копинг-ресурсом является также аффилиация, которая выражается как в виде чувства привязанности и верности, так и в общительности, в стремлении сотрудничать с другими людьми, постоянно находиться с ними. Аффилиативная потребность является инструментом ориентации в межличностных контактах и регулирует эмоциональную, информационную, материальную и социальную поддержку путем построения эффективных взаимоотношений. Низкое развитие копинг-ресурсов способствует формированию пассивного дезадаптивного копинг-поведения, социальной изоляции и дезинтеграции личности.

Копинг-стратегия разрешения проблем отражает способность человека определять проблему и находить альтернативные решения, эффективно справляться со стрессовыми ситуациями, тем самым способствуя сохранению как психического, так и физического здоровья. Копинг-стратегия поиска социальной поддержки позволяет при помощи актуальных когнитивных, эмоциональных и поведенческих ответов успешно

совладать со стрессовой ситуацией. К неадаптивным вариантам копинг-поведения в поведенческой сфере относятся активное избегание, отступление, отказ от решения проблем; в когнитивной сфере – смирение, растерянность, диссимуляция, игнорирование; в эмоциональной сфере – подавление эмоций, покорность, самообвинение, агрессивность. Эти типы поведения характеризуются подавленным эмоциональным состоянием, безнадежностью, покорностью, недопущением других чувств, переживанием злости и возложением вины на себя и других.

Успешность копинг-поведения определяется когнитивными ресурсами. Развитие и осуществление базисной копинг-стратегии разрешения проблем невозможно без достаточного уровня мышления. Развитые когнитивные ресурсы позволяют адекватно оценить как стрессогенное событие, так и объем наличных ресурсов для его преодоления (Карвасарский, 2005).

Копинг рассматривается в связи с психологическими ресурсами личности и понимается как определенные способности, знания и умения человека, позволяющие ему эффективно справляться с требованиями среды. Это умение понимать ситуацию, прогнозировать собственное поведение и поведение окружающих, нести ответственность за свое поведение (Сирота, Ялтонский, 2004).

Существенное влияние на эффективность копинг-поведения личности оказывает социально-поддерживающий процесс в целом (Сирота, Ялтонский, 2004). Согласно точке зрения И. Я. Гуровича и соавторов (Гурович, Шмуклер, Сторожакова, 2004), социальная поддержка – это форма помощи в преодолении и совладании в ответ на требования, предъявляемые окружением.

Существуют исследования, направленные на сравнительное изучение особенностей психологической защиты и копинг-процессов. Б. Д. Карвасарский указывает, что если процессы совладания по Р. Лазарусу направлены на активное изменение ситуации и удовлетворение значимых потребностей, то процессы компенсации и, особенно, защиты, направлены на смягчение психического дискомфорта (Карвасарский, 1998). Люди, прибегающие к механизмам психологической защиты в проблемных и стрессовых ситуациях, воспринимают мир как источник опасностей, у них невысокая самооценка, они достаточно пессимистичны. Другие же, предпочитающие в подобных ситуациях конструктивно-преобразующие стратегии, оказываются личностями с оптимистическим мировоззрением, устойчивой положительной самооценкой, реалистическим подходом к жизни и выраженной мотивацией достижения (Анцыферова, 1994). Если копинг-поведение может использоваться индивидом сознательно, избираться им и изменяться в зависимости от ситуации, то механизмы психологической защиты неосознаваемы и в случаях их закрепления становятся дезадаптивными (Варшаловская, Исурина, Кайдановская, 1994).

Психический дискомфорт, стресс и неудовлетворение жизненной ситуацией и социальным положением нередко могут привести к неврозам, а также к развитию различных психосоматических заболеваний.

Большинством исследователей признается существенная роль психологических и социальных стрессов не только в возникновении психологических проблем, но и в развитии клинически оформленных нервно-психических и психосоматических расстройств (Карвасарский, 1976; Козловская, Кремнева, 1985; Соловьева, 1991).

Зарубежными исследователями обнаружены доказательства огромного влияния стрессоров среды и совладающего (coping) поведения на психологическое функционирование человека, особенно на ту часть, которая ответственна за возникновение болезни: гормоны, иммунная система и т. д. (Gilbert, 1989, Petrowsky, 1991).

Подробнее рассмотрим понятие стресс как основной дезадаптирующий фактор в условиях миграционных перемещений.

Понятие «стресс» введено в 1936 г. канадским физиологом Г. Селье. Это состояние психофизиологического напряжения, возникающее под влиянием любых сильных воздействий и сопровождающееся мобилизацией защитных систем организма и психики. Автор выделяет следующие виды стресса: нормальный стресс, служащий целям сохранения и поддержания жизни, и дистресс – патологический стресс, проявляющийся в болезненных симптомах (Селье, 1979). Избыточный стресс, являясь чрезмерным психологическим или физиологическим напряжением, может вызывать различные психосоматические заболевания, а его психологические проявления включают раздражительность, потерю аппетита, депрессию и пониженный интерес к межличностным отношениям.

Физиологические изменения при сильных эмоциях нередко связаны с избыточным энергетическим обеспечением. Однако не столько физиологические перестройки при мобилизации резервов могут оказаться чрезмерными и истощающими, сколько психологические установки и личностная позиция человека. Отмечена связь преобладания конкретных эмоций с предрасположенностью к определенным заболеваниям. Например, сердце чаще поражается страхом, печень – гневом и яростью, желудок – апатией и подавленным состоянием (Гончаров, 2006). Также установлена зависимость между соматическими заболеваниями человека и его личностными особенностями, а также психологическим климатом, в котором он живет и работает.

Мощность органических изменений при стрессе определяется обобщенной оценкой ситуации. Спектр болезней стресса при этом довольно размыт. Одно и то же заболевание может оказаться результатом и стрессогенных факторов, и последствием других причин. Отрицательные стрессы могут объединяться по своим враждебным человеку воздействиям с другими причинами неблагоприятного функционирования нервной системы.

Такой альянс вредных воздействий особенно опасен, поскольку именно из-за него чаще всего наступает нездоровье человека (Гончаров, 2006).

На социально-психологическом уровне системы психофизиологического регулирования развитию психосоматических расстройств способствует большая массивность, во-первых, психосоциальных стрессоров, которые зависят от макросоциальных процессов и затрагивают большие группы людей, и, во-вторых, индивидуально значимых стрессоров, связанных с теми или иными сферами социального взаимодействия: психосоматические расстройства обычно обнаруживаются у лиц, подвергавшихся воздействию большого числа психических (психосоциальных) стрессоров. (Groen, 1982; Березин, 1994).

Для развития психосоматических нарушений особенно важно, что при эмоциональном стрессе изменения отмечаются во всей многоуровневой системе регулирования психофизиологических соотношений. На разных уровнях этой системы такое регулирование осуществляется преимущественно психологическими или преимущественно физиологическими механизмами. Психологические механизмы реализуются главным образом на социально-психологическом (межличностные отношения, социальное взаимодействие) и психологическом (особенности личности и актуального психического состояния) уровнях, а физиологические – на уровнях интегративных церебральных систем, периферических вегетативно-гуморальных и моторных механизмов, исполнительных системы или органа. Для формирования психосоматических расстройств при эмоциональном стрессе существенны изменения, наблюдающиеся на каждом из этих взаимосвязанных уровней (Березин, 1988).

Зависимость между стрессогенными влияниями, обусловленными нарушением социально-психологической адаптации, и изменением физиологических параметров носит опосредованный характер и реализуется через психологические механизмы, участвующие в формировании психофизиологических соотношений (психологический уровень регулирования). Влияние психосоциальных стрессоров, нарушение социального взаимодействия сопряжены с блокадой тех или иных социально значимых потребностей, что вызывает состояние фрустрации, проявляющейся более или менее выраженным ощущением неудовлетворенности (Березин, 1994).

Избежать последствий эмоционального стресса, в том числе ведущих к психосоматическим нарушениям, можно, либо устранив внешний источник стрессогенных влияний, либо изменив отношение к ситуации. Первое достигается или за счет активного воздействия на среду, или за счет ухода из фрустрирующей ситуации. Что касается изменения отношения к ситуации, то оно реализуется при участии психологических защит (механизмов интрапсихической адаптации), благодаря которым блокируется восприятие или осознание вызывающих тревогу стимулов,

сужается круг стрессоров, снижается интенсивность блокированных потребностей, изменяется их значимость или пути удовлетворения, меняется интерпретация происходящего. В результате действия психологических защит восприятие, переработка и использование получаемой информации изменяется таким образом, что снижается уровень тревоги и уменьшается вероятность появления эмоций, нежелательных в силу их чрезмерной интенсивности или отрицательной окраски. Психологические защиты, по мнению Ф. Б. Березина, в значительной мере определяют психическую деятельность человека, являются важными факторами, участвующими в формировании личности и играющими значимую роль в ее адаптации к социальной среде. Психологические защиты могут способствовать построению адекватного и социально успешного поведения. Они могут также обеспечивать относительное или временное смягчение эмоционального стресса благодаря ограничению поведения, умеренному снижению качества жизни и общественно полезного функционирования. Однако при чрезмерной выраженности и устойчивости они приобретают патогенетическую роль в развитии психических и психосоматических расстройств.

Таким образом, роль совладающего поведения в успешной адаптации мигрантов к новой социальной среде и социальному окружению, а также в сохранении ими физического и психического здоровья является существенной. Как показано выше, использование различных копинг-стратегий, в том числе и психологической защиты, положительно влияет на процесс вхождения в новый социум, при этом редуцируя влияние стрессогенных и фрустрирующих факторов.

Литература

1. Андреева Г. М., К вопросу о проблеме группы в социальной психологии // Вестник Московского университета, 1998.
2. Анцыферова Л. И. Личность в трудных жизненных условиях // Психологический журнал. – М., 1994.
3. Баскакова С. А. Современные представления о способах совладания с психическими расстройствами. – М., 2003.
4. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация. – Л., 1988.
5. Березин Ф. Б., Барлас Т. В. Социально-психологическая адаптация при невротических и психосоматических расстройствах // Журн. невропатол. и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1994.
6. Варшавская Е. Б., Исурина Г. Л., Кайдановская Е. В. Психологические аспекты неврозов//Теория и практика медицинской психологии и психотерапии – СПб., 1994.
7. Гриценко В. В. Стремление к самоактуализации как важнейший фактор успешности адаптации вынужденных переселенцев. – М., 2002.
8. Гончаров М. А. Эмоции, самоменеджмент, здоровье. – М., 2006.
9. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М., 2004.
10. Карвасарский Б. Д. Психотерапевтическая энциклопедия. 3-е издание. – М., 2005.
11. Лебедева Н. М. Введение в этническую и кросскультурную психологию. – М., 1998.
12. Лобас М. А. Адаптация мигрантов к русскоязычной школе. – Ярославль, 2001.

13. Менделевич В. Д., Абитов И. Р. Прогностическая компетентность и психологические защиты пациентов с невротически и психосоматическими расстройствами. – М., 2008.
14. Мнацакян И. А. Адаптация учащихся в новых социокультурных условиях. – Ярославль, 2004.
15. Налчаджян А. А. Социально-психическая адаптация личности. – Ереван, 1986.
16. Новиков В. В. Социальная психология: феномен и наука. – М., 1998.
17. Ольшанский Д. В. Адаптация социальная. – М., 1983.
18. Парыгин Б. Д. Общественное настроение. – М., 1966.
19. Селье Г. Стресс без дистресса. – М., 1979.
20. Сирота Н. А., Ялтонский В. М. Эффективные программы профилактики употребления психоактивных веществ. – Екатеринбург, 2004.
21. Сухарев А. В., Степанов И. Л. Этнофункциональный подход к психологическим показателям адаптации человека//Психологический журнал, 1997.
22. Groen J. J. Clinical research in psychosomatic medicine. Van Gorcum, Assen the Netherlands, 1982.
23. Lazarus R. S. Psychological stress and the coping process. – New York, 1966.
24. Lazarus R., Folkman S. Stress, appraisal and coping: personal and contextual determinants of coping strategies. – New York, 1984.
25. Petrowsky R. The relationship among locus of control//Clin. Psychol., 1991.

Раздел 6

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ И ЗДОРОВЬЕФОРМИРУЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ И ПРОГРАММ

ПСИХОЛОГО-АКМЕОЛОГИЧЕСКАЯ АВТОРСКАЯ ПРОГРАММА «СБАЛАНСИРОВАННОЕ РАЗВИТИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ СПЕЦИАЛИСТА»

О. Ю. Вербина, Г. Г. Вербина

Чувашский государственный педагогический университет им. И. Я. Яковлева

Чувашский государственный университет имени И. Н. Ульянова

Психолого-акмеологическая авторская программа «Сбалансированное развитие профессионального здоровья специалиста» имеет в практическом контексте комплексный характер. Она ориентирует личность на освоение основных положений самопознания, саморазвития, самореализации, самоорганизации, самоконтроля, саморегуляции, что развивает способность преодолевать трудности, оптимально решать жизненные

проблемы, иметь адекватную самооценку, сохранять надолго оптимизм, не терять смысл жизни, способность нести ответственность за свое профессиональное здоровье. В основу создания данной психолого-акмеологической программы были положены представления о социокультурных и психологических механизмах и психологической сущности развития профессионального здоровья специалиста.

Таким образом, программа направлена на получение здоровьесберегающего психолого-акмеологического результата и состоит из нескольких компонентов:

1. Исходно-диагностический компонент, направленный на изучение особенностей исходного отношения человека к себе, своему профессиональному здоровью; диагностику личностных психофизиологических особенностей, эмоционального реагирования, влияющего на эффективность профессиональной деятельности и на профессиональное здоровье специалиста.

2. Содержательно-деятельностный компонент включает систему занятий, ориентированных на развитие ценностного отношения к себе и своему профессиональному здоровью. В задачи данного компонента программы входит расширение знаний и представлений по проблеме сохранения и укрепления профессионального здоровья, развитие осознанного отношения к себе и своему профессиональному здоровью, развитие представления о себе и о своем здоровье как абсолютной самооценности.

3. Оценочно-результативный компонент подразумевает оценку изменений, произошедших в отношении к своему профессиональному здоровью при участии в реализации данной программы.

4. Определяюще-перспективный компонент на проектирование будущих, задач и направлений разработки проблем, исходя из результатов реализации программы.

Можно говорить, что особенностью поведения практических комплексных мероприятий по формированию установки готовности на сохранение и укрепление профессионального здоровья является первичный этап психолого-акмеологической диагностики по выявлению психофизиологических особенностей, влияющих на развитие профессионального здоровья, потенциала личности, ценностных ориентаций, эмоциональной компетентности, что в последующем позволяет сформировать установку готовности к самоизменению, направленной на самопознание, саморазвитие, самореализацию, саморегуляцию, самосовершенствование.

После проведения диагностики следующий этап – обучение прогнозированию (антиципационной состоятельности), планирование результата действия – имеющий целью повышение здоровьесберегающей прогностической компетентности специалиста, что позволит ему вовремя и адекватно реагировать на различные ситуации и сохранить профессиональное здоровье. На данном этапе специалист принимает решение

в изменении отношения к себе по индивидуальному плану с учетом результатов диагностики по выявленным личностным резервам.

На следующем этапе формируется установка на готовность к сохранению и укреплению своего профессионального здоровья. На данном этапе индивидуально составляется модель желаемого состояния и образа жизни, а также человек сам с помощью психолога-акмеолога описывает свой собственный путь к самоизменению. Без доверия к психологу-акмеологу-консультанту не может быть достигнута цель психолого-акмеологического консультирования. Очень важным является реализация принципа партнерского общения. Реализация этого принципа создает атмосферу безопасности, доверия, открытости, что позволяет не стесняться своих ошибок, открыто говорить о неудачах и находить пути решения сохранения и укрепления своего профессионального здоровья.

Принцип психологического взаимодействия опирается на системность работы различных психологических служб. Психолого-акмеологическое консультирование не может осуществляться без учета состояния коллектива организации, где работает специалист. Это должно стать органической частью психолого-акмеологического здоровьесберегающего сопровождения специалиста, преодоления различных кризисов и стрессовых ситуаций.

Следующим шагом психолого-акмеологического обеспечения процесса развития профессионального здоровья специалиста является психолого-акмеологическая здоровьесберегающая психокоррекционная работа. Ее главной целью выступает помощь в обучении необходимым навыкам, умениям здоровьесберегающих технологий и копинг-стратегий, а также различным видам саморегуляции, которые позволяют устранить негативные установки, повысить жизненный тонус и работоспособность.

Психолого-акмеологическая коррекционная работа предусматривает несколько приемов, форм и технологий, выбор которых зависит от результатов психодиагностического обследования. Так, могут быть использованы психологические тренинги, игры, тренировки и непосредственно обучение здоровьесберегающим технологиям. Психологические тренировки можно разделить на два вида: научение в деятельности и смоделированной ситуации.

Научение в деятельности – это процесс формирования необходимых здоровьесберегающих умений и навыков в самой профессиональной деятельности. Научение в смоделированной ситуации – это система формирования практических умений и навыков саморегуляции, самопрограммирования, самопроектирования, которые детерминируются системой специально сконструированных ситуаций, стимулирующих рефлексивные и самопреобразовательные действия специалиста.

Модули смысла жизни и стратегии жизнедеятельности, модуль профессионального здоровья, модуль «акме» включают реализацию полученных психологических и акмеологических знаний с целью

дальнейшего эффективного развития профессионального здоровья специалиста и разработку комплекса мероприятий, поддерживающих стремление к сохранению и укреплению профессионального здоровья, самосовершенствованию и саморазвитию.

Психолого-акмеологическая саморегуляция, проведенная на данных этапах, включала в себя следующие виды коррекционных мероприятий: индивидуальные консультативные беседы, психологические тренинги, групповые дискуссии, групповую психотерапию, имитационное моделирование ситуаций, аутогенную тренировку, обучение релаксации и медитативным техникам, позволяющим вовремя снять напряжение и стресс.

При проверке эффективности программы проводится повторное исследование уровня принятия моделей сохранения и укрепления профессионального здоровья, а также анализ индивидуальных планов самоорганизации, самоконтроля, саморазвития, саморегуляции.

В процессе реализации программы сбалансированного развития профессионального здоровья выявлено, что большая часть исследуемых групп специалистов (87 %) осознает необходимость принятия и следования той или иной модели сохранения и укрепления здоровья; имеет навыки решения проблем, возникающих при прогнозировании результатов различных моделей реагирования на различные ситуации; оценивает самих себя и отстаивает позицию субъекта самоорганизации, саморазвития, самоконтроля и саморегуляции в стратегической линии жизни.

В реализации программы сбалансированного развития профессионального здоровья нами использованы следующие основные принципы формирования культуры здоровья личности, а именно:

1. Принцип системности предполагает рассмотрение человека и его здоровья как целого и абсолютного, обладающего своими уникальными свойствами и качествами, присущим его биопсихологической сущности, проявляемыми во взаимосвязи и взаимозависимости друг от друга, так и от внутренней и внешней среды, от степени развитости ценностно – мотивационной сферы личности.

2. Принцип интегративности основан на интеграции различных знаний о здоровье и здоровом образе жизни.

3. Принцип индивидуальности предусматривает учет индивидуальных психофизиологических резервов, индивидуального уровня здоровья; предполагает индивидуальный здоровый образ жизни.

4. Деятельностный принцип основан на побуждении человека к деятельности по формированию, сохранению и укреплению профессионального здоровья, предполагающий проявление активной жизненной позиции и волевой регуляции активности личности при организации здорового образа жизни, направленного на физическое, психическое и духовное самосовершенствование.

5. Принцип природной целесообразности предполагает учет гетерохронности и сензитивных периодов развития биологического и социального в человеке, ценностно-мотивационной сферы и типологических свойств личности в соответствии с законами индивидуального развития.

6. Принцип актуальности предполагает удовлетворение актуальных потребностей человека, в том числе и в области здоровья. Наибольшую степень выраженности имеет в детском и зрелом возрасте. В связи с этим, с приобщением человека к здоровому образу жизни, формирование у него культуры здоровья следует ориентироваться на зону «актуального развития», которая определяет формирование потребностей человека в сохранении, формировании и укреплении здоровья, выбор оздоровительных технологий и путей саморазвития и самосовершенствования.

7. Этнопсихологический принцип основывается на использовании при формировании культуры здоровья и здорового образа жизни соответствия с национальными традициями и культурным наследием, тенденциями развития и проявления уровня здоровья нации.

8. Принцип научности предполагает использование в образовательном процессе в первую очередь научно обоснованной и подтвержденной информации, опирающейся на прикладные и фундаментальные исследования в области здоровья и оздоровительных процессов.

9. Принцип креативности строится на развитии творческих способностей личности как в преломлении к индивидуализации здорового образа жизни и творческого подхода к использованию оздоровительных систем, так и в понимании значимости творчества личности как необходимого и важного условия сохранения и совершенствования здоровья, проявления творческого долголетия.

Основными новообразованиями, способствующими самоизменению и саморазвитию, являются ценности, установки, мотивации, самооценка, эмоциональная устойчивость, стабильность, общение и взаимодействие с другими.

В процессе тренингов нами вырабатывались модели поведения в значимых и оценочных ситуациях, отрабатывались приемы преодоления трудностей, неуверенности, ярко выраженных эмоциональных реакций. Также формировались средства и формы самопознания, саморегуляции, самоконтроля, самоорганизации, самосовершенствования.

Практическая часть помимо групповой дискуссии состояла из тренингов, которые проходили в четыре этапа:

- обучение способам снятия эмоционально-мышечного напряжения (по О. И. Жданову и А. Л. Гройсману; АТ по И. Г. Шульцу; по Э. Джекобсону; релаксация по М. Шлепецкому);
- выработка моделей поведения в трудных жизненных ситуациях группового воздействия на человека – обучение приемам реагирования, толерантности и уверенности в себе в устойчивых ответах

на воздействие (методики социально-психологического тренинга по И. Г. Марасанову; выработка метамоделей по НЛП, психологическая защита по Р. М. Грановской и др.);

- формирование позитивной рефлексии, самопознание с позитивной модальностью, принятие мира с саморегуляцией и внутренним локусом контроля (по И. Н. Семенову); формирование зрелой личности при своевременном завершении гештальтов (по Ф. Перлзу);
- формирование установки готовности к аутоинновационной деятельности (по Л. А. Степновой); формирование саногенного мышления (по Ю. М. Орлову).

Таким образом, психология и акмеология, опираются на совокупность идей о ценности человека, его здоровья и жизни. Психолого-акмеологическая саморегуляция, которая заключается в диагностике своих ресурсов, в преодолении инерции и формировании здоровьесберегающих убеждений, а также в формировании установки на абсолютную ценность своего здоровья, должна использоваться в работе с участниками (клиентами) программы сбалансированного развития профессионального здоровья специалиста.

С точки зрения нашего исследования, к культурно-психологическим поведенческим проявлениям, влияющим на развитие профессионального здоровья специалиста, можно отнести следующие стороны жизнедеятельности специалиста:

1 – регулярно совершаемое самопознание, в результате которого осознается жизненное предназначение, образуется и поддерживается конструктивное самоотношение и самооценка;

2 – конструктивное общение с ближними и дальними людьми, помогающее продуктивному разрешению личных, деловых и общественных проблем;

3 – хорошая саморегуляция эмоций, действий и мыслей (умение поддерживать положительный эмоциональный тон; сохранять спокойствие в стрессовых ситуациях; создавать позитивные личностные установки и отношения; сохранять здравый смысл и мудрость в конфликте с людьми; проявлять гибкость мышления при решении сложных задач; поддерживать гармоничный, разнообразный и адаптивно необходимый образ жизни и т. п.);

4 – конструктивное ведение своих дел, для которого характерны реалистическое планирование, доведение начатого до конца, умение отказаться от нереальной цели и сформулировать новую, умение систематично работать;

5 – конструктивное саморазвитие личностных установок и поведения, гармонизирующих желания, эмоции, мысли и представления о себе, людях, окружающем мире.

Психолого-акмеологическая саморегуляция, самоорганизация и самомобилизация заключается в четырех компонентах:

Первый компонент – обучение активному способу адаптации, преодолению существующих трудностей и препятствий.

Второй компонент – обучение получению удовольствия от поиска новизны в мире и себе.

Третий компонент – это компетентность и обретение ее (социальная компетентность, аутопсихологическая компетентность, здоровьесберегающая компетентность, эмоциональная компетентность, профессиональная компетентность, психолого-акмеологическая компетентность и др.).

Четвертый компонент – обучение психологическим и акмеологическим технологиям сохранения и укрепления профессионального здоровья специалиста.

Таким образом, поиск путей улучшения профессионального здоровья специалистов, проведение с ними необходимой психолого-акмеологической психокоррекционной работы по сохранению и укреплению профессионального здоровья открывает хорошие перспективы в саморегуляции и регуляции их поведения и профессиональной деятельности, в формировании и развитии здоровьесберегающей компетентности, которая необходима для оздоровления российского общества, для сохранения здоровой нации.

Литература

1. Вербина Г. Г. Психология стресса. – Чебоксары: ЧГПУ, 2007.
2. Вербина Г. Г. Психология эмоций. – Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2008.

ОБУЧЕНИЕ ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННЫМ ТЕХНОЛОГИЯМ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ОБЩЕНИЯ КАК ПРОФИЛАКТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

Г. И. Захарова

Южно-Уральский государственный университет

Синдром эмоционального выгорания – это сложный психофизиологический феномен, который согласно однофакторной модели определяется как состояние эмоционального, физического и когнитивного истощения, вызванного длительным пребыванием человека в эмоционально перегруженных ситуациях (Орел, 1999).

В клинической психологии более подробно рассматриваются проявления личности, составляющие феномен эмоционального выгорания и специфику его психических и соматических проявлений – симптомов. Отсюда наиболее распространенным является подход, который рассматривает эмоциональное выгорание как синдром, а именно как определенное сочетание признаков, симптомов явления, объединенных единым механизмом возникновения.

Наиболее популярной теорией, рассматривающей эмоциональное выгорание как синдром, стала трехфакторная модель синдрома эмоционального выгорания К. Маслач и С. Джексона. Согласно авторам, синдром эмоционального выгорания проявляется в следующих трех группах явлений (Водопьянова, Старченкова, 2005):

- эмоциональном истощении – переживании опустошенности и бессилия;
- редукации личных достижений – занижении собственных достижений, потери смысла и желания вкладывать личные усилия на рабочем месте;
- деперсонализации – дегуманизации отношений с другими людьми (проявления черствости, бессердечности, цинизма или грубости).

Феномен эмоционального выгорания, как показывают исследования, сопутствует всем профессиям, которые связаны с межличностным общением, т. е. профессиям типа «Человек-Человек», понижая эффективность профессиональной деятельности и способствуя изменению и дезадаптации личности.

Общение присутствует во многих видах человеческой деятельности. Но есть такие виды труда, в которых общение из фактора, сопровождающего деятельность, превращается в профессионально-значимую категорию. По-мнению отечественных психологов И. В. Дубровиной, Я. Л. Коломинского, А. А. Леонтьева общение в деятельности педагога является основным средством, через которое осуществляется реализация всех задач обучения, воспитания и развития ребенка.

По мнению психологов, предпосылки к эмоциональному выгоранию формируются у педагогов с момента поступления на педагогическую специальность. В процессе обучения студенты-педагоги акцентируют свое внимание на усвоении конкретных теоретических знаний, но впоследствии возникают трудности с их применением. В периоды прохождения практики, как показывают наблюдения, студенты сталкиваются с трудностями в установлении контакта с учащимися. В результате, уже в годы обучения в вузе у большинства из них формируется неэффективный стиль педагогического взаимодействия.

В этом контексте именно личностно-ориентированное педагогическое общение, как считают исследователи, заключает в себе большой резерв совершенствования учебно-педагогической деятельности, а также резерв повышения профессионального мастерства и профилактики феномена «эмоционального выгорания» педагогов.

Как показал ретроспективный анализ гуманистических идей и взглядов, для личностно-ориентированного педагогического общения характерны следующие особенности:

- признание ценности личности другого человека;
- соблюдение равенства психологических позиций во взаимодействии;

- использование недирективных способов и приемов взаимодействия, побуждающих детей к активности и самостоятельности.

При реализации такого вида общения улучшается самочувствие детей и педагогов, обеспечивается благоприятная обучению эмоциональная атмосфера, создаются условия для развития мотивации достижения у школьников и творческого характера учебной деятельности. Личностно-ориентированное общение предполагает уважение ученика как уникальной личности, безусловное принятие его, подлинность и искренность в общении с детьми. Общение, организованное таким образом, является не только неотъемлемым условием нормального психического развития ребенка, его эмоционального благополучия, но и способствует позитивным личностным изменениям самого педагога и в целом развитию его профессиональной компетентности.

Наблюдение за работой педагогов в школе и результаты опросов школьников разного возраста позволяют сделать предположение, что профессиональное общение педагогов не всегда является эффективным и успешным. Например, проявляются следующие элементы неэффективного общения учителя: резкие осуждающие замечания, категорические требования, повышенный тон голоса, окрик, проявления неуважения к личности ученика (часто критикует с использованием «Ты-сообщений») и др. Встает вопрос о необходимости обучения учителей личностно-ориентированным технологиям педагогического общения.

Для решения этого вопроса мы обратились к такой форме обучения как психологический тренинг. Тренинг, как известно, метод активного обучения и развития личности, и его основными методическими средствами являются дискуссия, ролевая игра, обратная связь, психогимнастика. В связи с этим тренинг позволяет педагогам приобрести не только знания в области общения и воспитания, но и развить нужные умения и навыки личностно ориентированного взаимодействия, сформировать установки, необходимые для успешного общения с учеником, безусловного его принятия.

Программа тренинга реализуется с педагогами начальных классов общеобразовательных школ. Учителя начальных классов по сравнению с предметниками, как показывают исследования, имеют более высокий уровень эмоционального выгорания. Программа тренинга состоит из двух частей. Первая часть тренинговых занятий посвящена развитию коммуникативной компетентности учителя. Отечественные психологи Е. П. Ильин, А. А. Леонтьев, Л. А. Петровская, Е. В. Сидоренко и др. предлагают рассматривать коммуникативную компетентность, исходя из структуры общения, как компетентность в восприятии другого человека, в установлении с ним контакта и обмене информацией. Наиболее распространенная ошибка, которая наблюдается у педагогов, неумение организовать общение целостно. Например, планируя урок, прежде всего

как передачу информации, учитель не всегда задумывается над другими сторонами и функциями общения, тем более далеко не всегда эффективно их реализует.

Придерживаясь вышеуказанной точки зрения в определении коммуникативной компетентности, мы на тренинговых занятиях с педагогами уделяем большое внимание всем аспектам общения: перцептивному, интерактивному, коммуникативному (как передаче информации). В связи с этим тренинговые занятия по формированию коммуникативной компетентности у педагогов нацелены на развитие следующих умений:

- а) умений эффективного восприятия ученика (умений понимать взгляды, мимику, пространственную организацию общения; умений определять и понимать эмоциональное состояние ребенка; умений экспрессивного самовыражения и психологической наблюдательности);
- б) умений конструктивного взаимодействия с ребенком (умений обеспечить благоприятный климат для общения, выбрать оптимальную /позицию в общении, организовать комфортное пространство общения и т. п.);
- в) умений эффективной передачи и приема информации (умений активного и нерефлексивного слушания и др.).

Занятия по второй части тренинговой программы посвящены освоению конкретных техник и приемов личностно-ориентированного взаимодействия с детьми. Эта часть программы предусматривает обучение педагогов средствам ситуативной диагностики мотивов непослушания школьников, психологической поддержке ребенка, технике активного слушания учеников, конструктивному отражению взрослым своих негативных эмоций и чувств, развитию умений снижения эмоционального напряжения у детей.

В процессе тренинга педагоги начинают осознавать, как часто страдают их ученики от неудовлетворенности в общении со взрослыми самых насущных потребностей: в позитивном внимании, в безусловном (безоценочном) принятии, в признании и уважении своей личности, в справедливости, в успехе. В связи с этим на занятиях достаточно много внимания уделяется проблематике мотивов «непослушания» детей: их развернутой характеристике и ситуативной диагностике, а также профилактике непослушного поведения. Рассматривая конкретные ситуации из школьной жизни, в процессе группового обсуждения, педагоги анализируют, какие конкретно потребности ученик удовлетворяет при непослушном поведении, и как оно проявляется. Кроме этого педагоги пытаются выделить позитивные стороны непослушного поведения, т. е. осознать, чем оно может быть полезно самому ребенку.

В качестве профилактики непослушания исследователи рассматривают психологическую поддержку ребенка (Дубровина И. В., 2004).

Психологическая поддержка – это процесс, в котором взрослый сосредоточен на позитивных личностных особенностях ребёнка, на положительных сторонах его поступка, на поощрении того, что ребенок делает с целью укрепления его самооценки. Психологическая поддержка – это процесс, который помогает ребёнку поверить в себя и свои способности. Оказывая психологическую поддержку ребёнку, взрослый вербально и невербально сообщает ребёнку, что принимает и любит его; что верит в него, в его силы и способности. Психологическая поддержка помогает ребёнку почувствовать свою значимость.

На занятиях начинающие педагоги и педагоги со стажем с большим интересом и настойчивостью осваивают такие составляющие психологической поддержки как безусловное принятие ребенка, разнообразные способы позитивного внимания к школьникам, алгоритм признания продуктов деятельности и особенностей поведения учеников, одобрения их позитивных черт характера и личностных свойств.

Условное, оценочное отношение к человеку вообще характерно для нашей культуры; такое отношение проявляется и к детям чаще, по сравнению с безусловным принятием, как в семье, так и в школе. «Безусловно» принимать ребенка – значит любить его, нормально к нему относиться не за то, что он красивый или умный или послушный или хорошо учится и т. п., а просто за то, что он есть. «Безусловно» принимать ребенка – значит принимать его независимо ни от чего: независимо от внешности; способностей; достоинств, недостатков; независимо от того, как он ведёт себя здесь и сейчас. Ребёнок должен быть уверен: что бы он ни сделал, он достойное человеческое существо, даже если его поступок неприемлем.

Если детей любят и принимают «безусловно», у них появляется чувство внутреннего равновесия, уверенности. Эта уверенность способствует формированию самоуважения ребёнка, что помогает ему изменить плохое поведение на новое, на адаптивное. Если же детей любят только тогда, когда они выполняют требования взрослых, соответствуют их ожиданиям, то они начинают чувствовать свою неполноценность. Детей начинают преследовать тревожность, неуверенность, низкая самооценка. Таким образом, отношение к ребенку с первых дней его жизни и на протяжении его личностного формирования как к равноправному субъекту, как к уникальной личности, проявляемое в эффективно организованном общении с ним, является неотъемлемым условием нормального психического развития ребенка.

Однако взрослые не смогут оказывать поддержку ребёнку, пока не научатся принимать сами себя; пока не достигнут самоуважения и уверенности в себе и своих возможностях. В связи с этим, осваивая такие составляющие психологической поддержки как признание продуктов деятельности и особенностей поведения ребенка, одобрение его личностных характеристик, педагоги сначала учатся выражать признание и одобрение самим себе. Вот некоторые примеры «признаний» и «одобрений»,

адресованных педагогами самим себе: «Я очень благодарна себе за то, что включилась в эту тренинговую группу и обучаюсь сотрудничать с трудными детьми в своем классе»; «Меня радует в моем возрасте моя любознательность»; «Я в восторге от проявлений своего терпеливого отношения к поступкам Миши!».

На тренинговых занятиях педагоги также обучаются эффективным способам выражения своих негативных эмоций и приемам снижения эмоционального напряжения у школьников. В процессе ролевых игр и группового обсуждения учителя заключают, что если ребёнок своим поведением вызывает у взрослого отрицательные переживания, нужно сообщить ему об этом. Отрицательные сильные эмоции и чувства не стоит держать в себе, сохранять спокойный вид и молча переносить обиду, раздражение, злость, негодование. С одной стороны, школьников не обмануть: по невербальным сигналам (выражению глаз, мимике, интонации, позе) ученик безошибочно определит состояние взрослого. С другой стороны, подавленные негативные эмоции, как правило, через некоторое время прорываются и выливаются в самые резкие слова или действия.

Сообщать о своих негативных переживаниях, испытываемых педагогом в связи с поведением ученика, можно как эффективно, так и неэффективно. Различие станет понятным, как отмечает Ю. Б. Гиппенрейтер, если сравнить две конструкции «Ты-сообщение» и «Я-сообщение». Многие «сообщения», которые взрослые адресуют ребёнку, содержат слова: Ты; Тебе; Тебя. Например:

- Ну что у Тебя за вид! Тебе не стыдно перед ребятами?
- Перестань, Ты мне мешаешь!
- Сколько раз Тебе можно повторять?

Эти и подобные высказывания называют «Ты-сообщениями». Каждое «Ты-сообщение», по сути, содержит обвинение или критику ребёнка, например:

- Когда Ты, наконец, начнёшь регулярно выполнять домашние задания? (обвинение);
- Ты почему меня не слушаешь и постоянно отвлекаешься? (осуждение; угроза).

При использовании «Ты-сообщений» ответственность за неразрешенность напряжённой ситуации и за переживания взрослого по этому поводу перекладывается на собеседника, в то время как существующая в этой связи собственная эмоциональная проблема не осознаётся. Вербализация и отражение взрослым своих чувств, возникших в напряжённой ситуации в результате поведения ребёнка, означает фактически формулирование собственной эмоциональной проблемы.

Именно конструкция «Я-сообщение» показывает, какие эмоции у взрослого вызывает поведение ребенка, например: «Я раздражаюсь, мне трудно говорить, и приходится повышать голос, когда кто-то шумит». Таким образом, формула «Я-сообщение» позволяет педагогу сооб-

щить именно о себе, о своем переживании, а не об ученике и его поведении. В ходе специальных упражнений и ролевых игр учителя постепенно осваивают конструкцию «Я-сообщение», осознают её психологические преимущества.

Большой интерес педагоги проявляют на занятиях по теме «Я-слушания взрослого и навыки их определения». На этих занятиях происходит знакомство и работа с таким важным компонентом межличностного взаимодействия как «Я – слушания». Педагоги анализируют свойственные им «Я – слушания» как своеобразные «фильтры», через которые они пропускают объективную информацию. При этом они выделяют свои негативные «Я – слушания», блокирующие творческий подход к взаимоотношениям с «трудными» учениками, например: «Я тебе не верю», «Какой драчун», «Все равно у тебя ничего не получится» и т. п. Учителя сравнивают свои «Я – слушания» в разных ситуациях взаимодействия: когда оценивают ребенка и когда принимают его «безусловно», когда общаются с «попкорным» учеником и с «непослушным». Постепенно педагоги осознают, что негативные фильтры или «Я-слушания» являются их собственными феноменами. Они начинают понимать, что другой педагог, их коллега, может воспринимать этого же «непослушного» ребенка совсем иначе. В процессе ролевых игр и психогимнастических упражнений происходит интенсивная работа по осознанию или формированию позитивных «Я – слушаний», например: «Я тебя слушаю с интересом», «Я хочу тебе помочь», «Мне нравятся твои достижения», «Мне хочется тебя поддержать» и т. п.

В процессе тренинга у педагогов (как начинающих, так и со стажем) происходит осознание, что их ученики нуждаются в эффективном общении и психологической поддержке не только тогда, когда им бывает плохо, но и тогда, когда им хорошо. Сотрудничество и психологическая поддержка, реализуемые в педагогическом общении, помогают младшим школьникам поверить в себя и свои способности, способствуют формированию их самоуважения. Опыт участия в тренинговых группах оценивается самими педагогами как положительный: улучшается их самочувствие, расширяется зона принятия ученика как личности, увеличивается качественно изменяется «репертуар» способов общения со школьниками, повышается ориентированность на сотрудничество и личностное взаимодействие с детьми.

Литература

1. Водопьянова Н. Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика/Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова. – СПб.: Питер, 2005.
2. Гиппенрейтер Ю. Б. Общаться с ребенком. Как? – М.: ЧеРо, 2004.
3. Ильин Е. П. Психология общения и межличностные отношения. – СПб и др.: Питер, 2010.
4. Леонтьев А. А. Психология общения: Учебное пособие для вузов по спец. Психология. – М.: Смысл. Академия, 2005.

5. Орел В. Е. Исследование феномена психического выгорания в отечественной и зарубежной психологии //Проблемы общей и организационной психологии: Сб. науч. трудов/Под ред. А. В. Карпова. – Ярославль: Изд-во ЯрГУ, 1999. – С. 76-97.
6. Петровская Л. А. Компетентность в общении. Социально-психологический тренинг – М.: Изд-во МГУ, 1989.
7. Практическая психология образования: Учебное пособие / Под ред. И. В. Дубровиной. – СПб: Питер, 2004.
8. Сидоренко Е. В. Тренинг коммуникативной компетентности в деловом взаимодействии. – СПб.: Речь, 2008.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДИКИ «МОДЕЛЬ ПИАНИНО» Г. КОЛЛЕРА В ПРОФИЛАКТИКЕ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

М. В. Попов

Красноярск

Зависимое поведение личности в настоящее время представляет собой серьезную социальную проблему (Мандель, 2012), поскольку в выраженной форме может иметь такие негативные последствия, как утрата работоспособности, конфликты с окружающими, совершение преступлений. В специальной литературе употребляется ещё один термин – аддиктивное поведение. В переводе с английского addiction – неистребимая привычка, пристрастие, зависимость. Зависимое (аддиктивное) поведение как вид девиантного поведения личности в свою очередь имеет множество подвидов, дифференцируемых преимущественно по объекту аддикции. Наиболее распространены такие объекты зависимости, как психоактивные вещества (легальные и нелегальные наркотики), алкоголь (в большинстве классификаций относится к первой подгруппе), пища, игры, секс, религия и религиозные культы.

В соответствии с перечисленными объектами выделяют следующие формы зависимого поведения:

- химическая зависимость (курение, токсикомания, наркозависимость, лекарственная зависимость, алкогольная зависимость)
- нарушение пищевого поведения (переедание, голодание, отказ от еды)
- гэмблинг – игровая зависимость (компьютерная зависимость, азартные игры)
- сексуальные аддикции (зоофилия, фетишизм, пигмалионизм, трансвестизм, эксбиционизм и др.)
- религиозное деструктивное поведение (религиозный фанатизм, вовлечение в секту)

Зависимое (аддиктивное) поведение – это одна из форм отклоняющегося поведения личности, которая связана со злоупотреблением

чем-то или кем-то в целях саморегуляции или адаптации. Степень тяжести аддиктивного поведения может быть различной – от практически нормального поведения до тяжелых форм физической зависимости, сопровождающихся выраженной соматической психологической патологией. Выбор личностью конкретного объекта зависимости отчасти определяется его специфическим действием на организм человека. Как правило, люди отличаются по индивидуальной предрасположенности к тем или иным объектам аддикции. (Короленко, Дмитриева 2001)

Различные формы зависимого поведения имеют тенденцию сочетаться или переходить друг в друга, что доказывает общность механизмов их функционирования. Следовательно, несмотря на кажущиеся внешние различия, рассматриваемые формы поведения имеют схожие психологические механизмы. В связи с этим выделяют общие признаки аддиктивного поведения. Прежде всего, зависимое поведение личности проявляется в её устойчивом стремлении к изменению психофизического состояния. Данное влечение переживается человеком как импульсивно-категоричное, непреодолимое, ненасыщаемое. Внешне это может выглядеть как борьба с самим собой, а чаще – как утрата самоконтроля.

За последнее время увеличилось число синдромов, относящихся к аддиктивному и компульсивному поведению. Под компульсивным поведением подразумевается поведение или действие, предпринимаемое для интенсивного возбуждения или эмоциональной разрядки, трудно контролируемое личностью и в дальнейшем вызывающее дискомфорт. Такие паттерны поведения могут быть внутренними (мысли, образы, чувства) или внешними (работа, игра). Компульсивное поведение дает возможность имитации хорошего самочувствия на короткий период, не разрешая внутриличностных проблем.

В связи с вышеперечисленным, назревает необходимость простых методов диагностики в первичной профилактике аддиктивного поведения для распознавания возможных аддиктивных рисков. Одной из методик используемых в профилактике и выявлении противодействующих аддикциям личностных ресурсов, является методика «Модель пианино» разработанная австрийскими специалистами (Коллер). (Ruediger Gilsdort 1995)

Возможности, которые выработали люди для преодоления кризисов и конфликтных ситуаций, имеют большое значение в организации профилактики злоупотребления ПАВ. Как правило, это личные ресурсы, которые уже помогли человеку в прошлом успешно пережить проблематичную ситуацию, и, которыми можно воспользоваться в дальнейшем в случае необходимости.

Чтобы описать эту модель, нужно представить десять клавиш пианино. Они все имеют разную направленность: педагогическую, творческую, общественную, а также включают в себя привычки и альтернативную деятельность. Рассмотрим на примере среднестатистического человека, какие возможности есть у него для преодоления кризиса:

Клавиша 1: _____
Клавиша 2: _____
Клавиша 3: _____
Клавиша 4: _____
Клавиша 5: _____
Клавиша 6: _____
Клавиша 7: _____
Клавиша 8: _____
Клавиша 9: _____
Клавиша 10: _____

Например:

Клавиша 1: заняться спортом

Клавиша 2: колоть дрова

Клавиша 3: гулять на природе

Клавиша 4: поговорить с доверенным лицом

Клавиша 5: выпить

Клавиша 6: обратиться к психотерапевту

Клавиша 7: уйти в работу

Клавиша 8: войти в группу самоподдержки

Клавиша 9: найти силу в молитве

Клавиша 10: остается для каждого человека свободным
для заполнения...

Согласно устаревшему пониманию профилактики нужно было бы уделить внимание клавише 5. Но в современном представлении не нужно концентрироваться только на этой клавише. Пока человек периодически использует все десять клавиш, нет опасности возникновения зависимости от алкоголя. Широкий репертуар ресурсов (клавиши 1-10) защищает человека от того, чтобы стать зависимым от одной клавиши.

Динамика зависимости появляется только тогда, когда какие-то ресурсы потеряны, а именно, когда человеком используется все меньше клавиш. Если у человека имеются в распоряжении только три клавиши, то его способность пережить и преодолеть внешние и внутренние кризисы уже значительно ограничена. Задача профилактики состоит не в том, чтобы указывать и удалять определенные клавиши, а в том, чтобы заботиться о наличии максимально обширной клавиатуры и в случае уже произошедшей редукции предложить создать новые клавиши.

В нашей практике (работа в центре реабилитации химически-зависимых «Твой выбор») мы используем расширенную модификацию «Модели пианино» Г. Коллера. Во время занятий с химически-зависимыми предлагаем нарисовать полную клавиатуру пианино. В клавиши участники должны вписать ответ на вопрос: «Что я делаю, когда мне плохо?». После этого просим респондентов поделиться результатом работы. Далее следует объяснение значения «Модели пианино», где поясняется,

что те клавиши, на которые мы чаще всего нажимаем, могут привести к зависимости. Если респонденты приходят к выводу, что используют ограниченное количество привычных клавиш, то предлагаем расширить клавиатуру. Ниже приведен пример для понимания практической работы.

Таблица 1

Респондент Оксана, 31 год. Левые клавиши: «Когда мне плохо в употребе»; правые «Когда мне плохо после реабилитации».
В примере сохранена стилистика респондента

ПЛАЧУ	ОБЩЕНИЕ/Родители, семья/
	АН/друзья/
МОЛЮСЬ	МУЗЫКА
СЛУШАЮ МУЗЫКУ	
ЗВОНЮ	КЛУБ
	ПУТЕШЕСТВИЕ
ОБЩАЮСЬ/ПРОГОВАРИВАЮ/	
ТАНЦЮЮ	ТОиБ
	СПОРТ
КИНО	
МНОГО КУРЮ	ЭКСТРИМ
	КАФЕ, семья
УПОТРЕБЛЯЮ НАРКОТИКИ	
КАТАЮСЬ НА МАШИНЕ	ОБЛИВАНИЕ
	SPA САЛОН
//-// НА МОТОЦИКЛЕ	
КУШАЮ МНОГО СЛАДКОГО	ЗАНЯТИЯ ТАНЦАМИ
	ПОСЕЩЕНИЕ РАЗЛ. ВЫСТАВОК
УХОЖУ ИЗ ДОМА	
	SHOPING
	РАБОТА
	ПЬЮ ЧАЙ
	ПРОГУЛКА В ПАРКЕ
	АТТРАКЦИОНЫ
	САУНА

Таким образом, после выполнения данной методики у человека расширяется палитра выборов. Увеличение числа клавиш дает возможность эффективнее справляться с кризисными ситуациями и предсрывными состояниями. Необходимо следить за тем, чтобы новые ресурсы (клавиши) не носили деструктивного характера, т. к. следует помнить о возможности перетекания зависимостей.

Литература

1. Ruediger Gilsdort Kooperative Abenteurspiele fuer Erwachsenebildung: Kallmeyer, 1995.
2. Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Психосоциальная аддиктология. – Новосибирск, Издательство «Олсиб», 2001.
3. Мандель Б. Р. Психология зависимостей. – М.: ИНФРА-М, 2012.
4. Наркология и аддиктология. Сборник научных трудов /Под ред. проф. В. Д. Менделевича. – Казань, 2004.
5. Руководство по аддиктологии /Под ред. проф. В. Д. Менделевича. – СПб.: Речь, 2007.

Раздел 7

СТУДЕНЧЕСКИЕ РАБОТЫ

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ СТУДЕНТОВ ФАКУЛЬТЕТА КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТОЛЕРАНТНОСТИ К НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ

В. И. Балюкина, И. О. Логинова

*ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ*

Проблема личностного выбора, степени его свободы, принятия правильного решения в сложных жизненных ситуациях, преодоления трудностей – со всем этим встречается каждый студент современного общества. В экстремальных условиях у студента актуализируется проявление жизнестойкости и толерантности к неопределенности. Понятие о выборе становится центральным при определении сущности человеческого бытия. Такие качества, как жизнестойкость и толерантность к неопределённости могут способствовать социализации и успешности молодых людей в будущей профессии клинического психолога.

Термин «жизнестойкость» был введен в научный обиход в начале 1980-х годов Сьюзенем Кобейса и Сальватором Мадди. С. Мадди с коллегами предложил считать жизнестойкость действием «экзистенциального мужества» оно заключается в том, приводит ли выбор человека к принципиально новому опыту (выбор будущего) либо удерживает в рамках прежнего, знакомого ему опыта (выбор прошлого). Жизнестойкость

– это система установок и убеждений: установки на включенность, установки на контроль за событиями и установки на принятие вызова и риска (Майерс Д., 1997)

Вовлеченность (commitment) – это уверенность в том, что даже в неприятных и трудных ситуациях, отношениях лучше оставаться вовлеченным: быть в курсе событий, в контакте с окружающими людьми, посвящать максимум своих усилий, времени, внимания тому, что происходит, участвовать в происходящем. Противоположностью вовлеченности является отчужденность.

Контроль (control) – это убежденность в том, что всегда возможно и всегда эффективнее стараться повлиять на исход событий. Если же ситуация принципиально не поддается никакому воздействию, то человек с высокой установкой контроля примет ситуацию как есть, то есть изменит свое отношение к ней, переоценит происходящее. Противоположностью контроля является беспомощность.

Принятие риска (challenge) – вера в то, что стрессы и перемены – это естественная часть жизни, что любая ситуация – это как минимум ценный опыт, который поможет развить себя и углубить свое понимание жизни. Противоположностью принятия риска является ощущение угрозы (Леонтьев Д. А., Рассказова Е. И., 2006).

Д. А. Леонтьев считает, что свойство личности как жизнестойкость характеризует меру способности личности выдерживать стрессовую ситуацию, сохраняя внутреннюю сбалансированность и не снижая успешности деятельности. Такой подход к определению жизнестойкости указывает на ее связь со способами поведения человека в определенных, стрессогенных ситуациях.

Каждый человек сталкивается с ситуациями, субъективно переживаемыми им как трудные, нарушающие привычный ход жизни. В отечественной психологии проблема жизненных ситуаций, трудных и экстремальных жизненных ситуаций разрабатывается многими авторами (Н. В. Гришина; К. Муздыбаев,; Т. Л. Крюкова,; И. П. Шкуратова). Изучение поведения, направленного на преодоление трудных ситуаций, в психологии проводится в рамках исследований, посвященных анализу «coping» – механизмов или «coping behavior» (Т. Л. Крюкова). Но в этих работах, еще недостаточно представлена проблема взаимосвязи выраженности жизнестойкости и преобладающих у личности стратегий поведения в трудных жизненных ситуациях (Пугачев В. П., 2003)

Есть несколько качеств, выделяющих людей, обладающих живучестью, которые умеют быстро адаптироваться и оправиться после той или иной жизненной неудачи. **Первое** – это реализм, т. е. способность видеть и принимать действительность такой, какова она есть. Смотреть фактам в лицо, не приукрашивая их, нелегко. Это может быть неприятно и мучительно. Большинство людей отторгают нежелательную информацию,

пытаясь справиться с возникающими неприятными переживаниями. И так до тех пор, пока не поставит их лицом к лицу с действительностью. А почему адаптирующиеся люди могут быть реалистами и смотреть правде в лицо? В них заложена любовь к себе и к миру, которая позволяет и дает силы не отворачиваться от негативных сторон и неприглядных фактов. Любовь к себе и к миру позволяет видеть темную сторону, потому что при наличии любви к себе темная сторона жизни не перечеркивает всего того, что есть в жизни положительного и светлого.

Вторая способность, которой обладают хорошо адаптирующиеся люди, – умение видеть смысл в различных жизненных ситуациях. Они изначально (на уровне подсознания, в раннем детстве) глубоко убеждены, что наша жизнь имеет смысл. Люди с высокой жизнестойкостью находят конструктивный элемент в любой жизненной ситуации и тем самым наполняют содержанием свою жизнь и жизнь окружающих. Способность находить, а часто – создавать смысл, закладывается в детстве, или же может быть выстроена в результате серьезной работы над собой. Эта способность находить смысл связана с сопричастностью к самому фундаменту общечеловеческих, непреложных и вневременных ценностей. В основании которых, по мнению, лежит любовь – в общечеловеческом смысле. **Третий** составной элемент живучести связан со способностью творчески перерабатывать известное и вырабатывать новые, непривычные или неочевидные методы решения проблем. Эта способность означает особую изобретательность, способность находить решение проблемы при отсутствии необходимых или привычных инструментов и материалов. Эта способность к творческой переработке действительности воспитывается в результате живого отношения к миру, себе и людям. (Логинова М. В., 2009)

Первые работы по толерантности к неопределенности (ТН) появились в 40-х гг. XX в. В связи с исследованиями авторитаризма. Одной из первых исследовательниц стала Френкель-Брунсовик. Первоначально неопределенность понималась автором как эмоциональная и перцептивная переменная, играющая существенную роль при оценке вероятностных исходов принятия решения и опосредующая эмоциональный фон принятия решения. Толерантность к неопределенности – это способность человека принимать конфликт и напряжение, которые возникают в ситуации двойственности, противостоять несвязанности и противоречивости информации, принимать неизвестное

Баднер определяет ИТН как «тенденцию воспринимать (интерпретировать) неопределённые ситуации как источник угрозы», а ТН как «тенденцию воспринимать неопределенные ситуации как желательные».

Согласно МакДоналд люди с высокой ТН:

- а) ищут неопределённость;
- б) чувствуют себя комфортно в неопределённых ситуациях;

в) имеют преимущество по сравнению с интолерантными к неопределённости людьми при выполнении неопределённых заданий.

Халлман, основываясь на исследованиях разных авторов, представляет ТН как: «Способность принимать конфликт и напряжение, которое возникает в ситуации двойственности, противостоять несвязанности и противоречивости информации, принимать неизвестное и не чувствовать себя неуютно перед неопределённостью»

Нортон в 1975 г. определил ИТН как «тенденцию воспринимать неопределённую информацию как разновидность психологического дискомфорта или угрозы».

В 1985 г. Асфорд и Каммингс в своей статье показали, что ТН изменяет отношения между поиском обратной связи и неопределённостью или неуверенностью относительно чьей-либо роли или непредвиденных обстоятельств.

Брислин понимает под ТН способность размышлять над проблемой, даже если не известны все факты и возможные последствия принятого решения.

Болгарская исследовательница К. Стоячева понимает под ТН характеристику индивидуальной саморегуляции в неопределённых ситуациях, базирующуюся на креативных способностях личности».

Отечественные исследователи определяют ТН как:

- а) способность к принятию решений и размышления над проблемой, даже если неизвестны все факты и возможные последствия;
- б) как социально-психологическую установку, обладающую аффективным, когнитивным и поведенческим компонентами.
- в) способность человека испытывать позитивные эмоции в новых, неструктурированных, неоднозначных ситуациях, воспринимая их не угрожающие, а как такие, которые содержат вызов.
- г) способность выдерживать напряжение кризисных, проблемных ситуаций.

Согласно модели, предложенной Мадди, стрессоры (как острые, так и хронические стрессорные воздействия) вызывают физическое и психическое напряжение, которые могут привести к нарушению благополучия в сферах здоровья, отношений, эффективности в работе. Возникновению напряжения способствуют врожденные уязвимости (например, наследственные особенности нервной системы, заболевания), однако жизнестойкие убеждения вместе с социальной поддержкой помогают осуществлению трансформационного (жизнестойкого) совладания, которое, в свою очередь, помогает ослабить стрессогенность воздействий. Аналогично на этапе перехода напряжения в нарушения работают жизнестойкие практики, усиливая противостояние организма стрессу (Леонтьев Д. А., Расказова Е. И., 2006)

Исходя из актуальности проблемы исследования, теоретической и практической значимости, была определена тема исследования, сформулированы цель и гипотеза.

Целью исследования явилось исследование связи жизнестойкости и толерантности к неопределенности у студентов-психологов.

Гипотеза построена на предположении, что у студентов выбравших неизвестность из двух альтернатив неизвестность/неизменность – доминирует толерантность к неопределенности и жизнестойкость, чем у студентов выбравших неизменность.

Экспериментальная ситуация:

Во время занятия в общей аудитории студентам было предложено перейти в одну из двух других аудиторий, причем, чем предстоит заниматься в одной из них, сообщалось сразу (заполнение опросников – знакомое испытуемым занятие), а о том, что будет в другой аудитории, обещали рассказать уже там. Таким образом, создавалась ситуация выбора между знакомым и неизвестным, которая явно не обладала для испытуемых большой личностной значимостью. На самом деле, в обеих аудиториях испытуемые делали одно и то же: заполняли ряд личностных опросников.

Методы исследования:

«Тест на жизнестойкость» (С. Мадди, методика адаптирована Д. А. Леонтьевым, Е. И. Расказовой).

Новый опросник толерантности – интолерантности к неопределенности (Т. В. Корнилова).

Эмпирическая база исследования. В исследовании приняли участие 76 студентов в возрасте от 17 до 20 лет. Из них 21 юноша и 55 девушек, 1-ого курса факультета клинической психологии Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого.

Результаты экспериментального исследования:

У студентов, осуществляющих выбор неизвестности – выбор будущего (11 человек) по методике «Тест на жизнестойкость» по шкале жизнестойкость – 73,54 балла, по шкале вовлеченность – 26,81 балла, по шкале контроль – 29,63 балла. По методике «Новый опросник толерантности – интолерантности к неопределенности» (Т. В. Корнилова) по шкале толерантности к неопределенности – 59,09 балла, по шкале интолерантности к неопределенности – 58,45 балла, по шкале межличностная интолерантность к неопределенности – 30,36 балла.

У студентов, осуществляющих выбор неизменности (65 человек) по методике «Тест на жизнестойкость» по шкале жизнестойкость – 67,52 балла, по шкале вовлеченность – 26,42 балла, по шкале контроль – 26,22 балла. По методике «Новый опросник толерантности – интолерантности к неопределенности» (Т. В. Корнилова) по шкале толерантность к неопределенности – 51,38 балла, по шкале интолерантности к неопределенности – 65,42 балла, по шкале межличностная интолерантность к неопределенности – 33,05 балла.

Из этого следует, что в зависимости от уровня толерантности к неопределенности возрастает или убывает жизнестойкость человека.

Эти данные свидетельствуют о том, что студенты, выбравшие неизвестность – легко приспосабливаются к очевидно неоднозначной ситуации или идее, способны выдерживать напряжение кризисных, проблемных ситуаций, воспринимают новые, незнакомые, рискованные ситуации как стимулирующие. Студенты, выбравшие неизменность – воспринимают неопределенные ситуации как источники угрозы, склонны реагировать беспокойством и замыканием в себе на неясные ситуации, предпочитают знакомое незнакомому, отторгают всё необычное.

Таким образом, в ситуации личного выбора жизнестойкость и толерантность к неопределенности выступают факторами, определяющим готовность выбирать новую, непривычную ситуацию, ситуацию неопределенности в противовес равнодушному, безличному выбору или выбору привычной и знакомой ситуации.

Литература

1. Леонтьев Д. А., Рассказова Е. И. Тест жизнестойкости / Д. А. Леонтьев, Е. И. Рассказова. – М.: Смысл, 2006. – С. 3-23
2. Логинова М. В. Жизнестойкость как внутренний ключевой ресурс личности // Вестник Московского университета МВД России. № 6. – М., 2009. – С. 19-22. (Издание, рекомендованное ВАК). – 0,6 п. л.
3. Луковицкая Е. Г. Социально-психологическое значение толерантности к неопределенности: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19. 00. 05 / Е. Г. Луковицкая. – СПб., 1998. – 14 с.
4. Майерс Д. Социальная психология /Д. Майерс. – СПб.: Питер, 1997.
5. Пугачев В. П. Тесты, деловые игры, тренинги в управлении персоналом: учебник для студентов вузов /В. П. Пугачев. – М.: Аспект Пресс, 2003. – С. 285
6. Шалаев Н. В. Толерантность к неопределенности в психологических теориях / Н. В. // Человек в ситуации неопределенности. – М.: ТЕИС, 2007. – С. 9-34.

РИГИДНОСТЬ КАК ФАКТОР РЕАЛИЗАЦИИ ПОТЕНЦИАЛА ЛИЧНОСТИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Ю. Д. Войтиская (Жалнерчик), Ю. В. Живаева

*ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ*

Значимым условием, позволяющим человеку реализовывать имеющиеся возможности и способности, выступает такое общесистемное свойство личности, как психическая ригидность. Ригидность являет собой интегральный, наиболее общий показатель степени открытости психологической системы. Чем выше ригидность, тем сильнее блокируются каналы выхода во внешнюю среду, тем сильнее игнорируются возможности

самореализации, которые открываются во взаимодействии человека со средой, тем вероятнее появление поведенческих и других стереотипов в неадекватных для них условиях («фиксированные формы поведения» – по Залевскому Г. В.).

Ригидность (лат. *rigidus* – жесткий, твердый) – неготовность, затрудненность в изменении намеченной субъектом программы деятельности в условиях, требующих ее перестройки согласно новым ситуационным требованиям.

Ригидность психическая – недостаточная подвижность, переключаемость, приспособляемость мышления, установок по отношению к меняющимся требованиям среды. Наблюдается при ряде психических заболеваний.

Виды ригидности:

- когнитивная – обнаруживается в трудностях перестройки восприятия и представлений в изменившейся ситуации;
- аффективная – выражается в косности аффективных, эмоциональных откликов на изменяющиеся объекты эмоций;
- мотивационная – проявляется в тугоподвижной перестройке системы мотивов в обстоятельствах, требующих гибкости и изменения характера поведения.

Уровень ригидности, проявляемой субъектом, обусловлен взаимодействием его личностных особенностей с характером среды, включая степень сложности стоящей задачи, ее привлекательности, наличие опасности, монотонность стимуляции и другое. Г. В. Залевский определяет следующие виды ригидности:

- актуальная ригидность, или ригидность в узком смысле как неспособность при объективной необходимости изменить мнение, отношение, установку, мотивы или модус переживания;
- сенситивная ригидность отражает эмоциональную реакцию человека на ситуации, требующие от него каких – либо изменений на новое, страх перед новым, неophobia;
- установочная ригидность отражает личностный уровень проявления психической ригидности, выраженной в позиции, отношении или установке на принятие – непринятие нового, необходимости изменения самого себя – самооценки, уровня притязаний, системы ценностей, привычек;
- преморбидная ригидность – наличие испытанных в подростковом или юношеском возрасте трудностей в ситуациях каких – либо перемен, нового;
- ригидность как состояние отражает, что в состоянии страха, стресса, плохого настроения или болезни человек в высшей степени склонен к ригидному поведению, которое он может и не проявлять в обычных условиях (Залевский Г. В., 1999).

При низкой ригидности человек не испытывает страха перед новым, понимает необходимость самоизменения и готов к этим изменениям. По мнению Э. В. Галажинского, в обычных условиях человек может и не демонстрировать ригидного поведения, хотя нередко ригидность как состояние сочетается с ригидностью как чертой характера, а потому проявляется с исключительной силой и тотально (Галажинский Э. В., 2003).

В исследованиях Г. В. Залевского, отмечено, что на возраст 18-25 лет приходится «пик гибкости» (противоположность ригидности), а лишь в дальнейшем ригидность начинает «ползти» вверх. Но его исследования касались в первую очередь изучения особенностей проявления ригидности в норме и патологии (при неврозах, шизофрении и т. д.). В. Е. Ключко, О. В. Лукьянов говорят о том, что люди, обладающие различными по степени выраженности свойствами и уровнями ригидности, отдают предпочтение разным жизненным средам, содержащим различные условия и возможности для процессов личностной и профессиональной самореализации (Ключко В. Е., Лукьянов О. В., 2009).

Противоположное ригидности свойство обозначается термином «гибкость». Гибкость – это способность индивидуума изменить свою психическую установку или легко приспособиться к изменившейся ситуации.

Под личностной гибкостью понимается носящая положительную окраску способность индивида легко отказываться от несоответствующих ситуации или задаче средств деятельности, приемов мышления, способов поведения и вырабатывать или принимать новые, оригинальные подходы к разрешению проблемной ситуации при неизменных целях и идейно-нравственных основаниях деятельности.

Наиболее выраженными проявлениями гибкости являются:

- широта взглядов и различные точки зрения;
- быстрота ориентировки при смене ситуации;
- умение приходить к разумному соглашению.

И. О. Логинова отмечает, что одним из факторов жизненного осуществления человека является соответствие внешних и внутренних факторов развития: «...на самом же деле внешняя организация, делает систему либо открытой либо частично закрытой, изолированной, остающаяся как бы застывшей (в зависимости от формы расселения – провинция или мегаполис – в плане развития культурного фонда, в плане доступа молодых людей к российской и мировой культуре, в плане социального фона, наличия условий для самореализации, в плане социально-экономических различий и т. д.). В результате чего система может стать неспособной к полноценному личностному и профессиональному становлению, что может привести к распаду системы на составляющие элементы и исчезновению или патологической деформации личностного и профессионального мира человека, прежде всего

это скажется на психологическом здоровье личности и успешности ее деятельности (Логонова И. О., 2010).

Другим фактором личностного и профессионального саморазвития, является внутренняя среда личности, ее активность, то есть мера взаимодействия человека с окружающим миром (внутренняя активность – человек выполняет дело, в котором реализует себя; внешняя активность – выполняет дело, не интересное для него), а также потребность в самореализации. Соответственно самореализация предполагает проявление активности в значимых для него сферах жизнедеятельности и взаимоотношений. При этом необходимо, чтобы успешность этой реализации признавалась и одобрялась значимыми для человека лицами (Клочко В. Е., Краснорядцева О. М., 2001).

Таким образом, социальная система, исторические обстоятельства, природно-экологические условия, социальное окружение обуславливают проявление активности человека.

В своей концепции жизнедеятельности человека как задачи, которую всю жизнь решает личность, К. А. Абульханова – Славянская выделяет:

- индивидов, которые изо дня в день «эмпирически» воспроизводят и повторяют необходимые для поддержания жизни действия и несложные обязанности;
- индивидов, которые сами организуют свою жизнь, направляют течение событий и оказывают воздействие на них.

Смена образа жизни для одних будет означать потерю жизненных стереотипов, воспроизведение которых превратилось в смысл бытия, а для других может стать условием, расширяющим жизненное пространство, которое в этом случае выступает как ими же организованное пространство для самореализации и саморазвития. В первом случае заявит о себе проблема ригидности, во втором проявится проблема флексибельности, но обе эти проблемы представляют собой только крайние случаи одной проблемы. Существует общесистемное качество, характеризующее одновременно как степень открытости системы в мир – навстречу изменениям, обеспечивающим прирост возможностей, так и степень устойчивости системы, вынужденной сохранять свою качественную специфику в потоке изменений, которые обеспечивают сам факт открытости системы. Можно полагать, что континуум «ригидность – флексибельность» (убывание одного означает прирост другого) и является показателем этого качества. В конечном счете, открытость системы является гарантом ее устойчивости. Гиперустойчивость, проявляющаяся в фиксированных формах поведения, столь же опасна, как и гипероткрытость, неминуемо приводящая к патологии другого типа – блужданию в пространстве возможностей, ни одна из которых так и не будет реализована в полной мере (К. А. Абульханова – Славянская, 1991).

Именно общесистемный характер ригидности – флексибельности отражает тот факт, что в разных научных школах, использующих разные

методологические принципы и подходы, неизбежно выделяются понятия, призванные зафиксировать факт наличия механизмов, обеспечивающих тенденцию к сохранению и изменению. Г. В. Залевский указывает на то, что как синонимы ригидности употребляются такие термины, как инертность, тугоподвижность, неповоротливость, персеверация, вязкость, косность, фиксированность, фиксация, догматизм, консерватизм, упрямство. Синонимы гибкости – подвижность, динамичность, лабильность, пластичность, эластичность, гибкость, вариативность, переключаемость, беглость, адаптивность и т. д.

К. А. Абульханова – Славянская говорит о том, что возможен такой «способ жизни», когда наблюдается «вплетенность» личности в «контекст» жизненных событий, ситуаций, дел, при которой индивид не самоопределяется по отношению к ним, хотя и живет вполне определенным, характерным именно для него образом. Возможен и второй способ, когда индивид сам воспроизводит и «предопределяет» логику своей жизни. В. Е. Клочко, О. В. Лукьянов по этому поводу говорят, что «... самореализация предполагает самоопределение, опирающееся на личностную рефлексию. Но здесь можно не согласиться с представлениями о том, что существуют различные «способы соединения индивида с обстоятельствами его жизни». Получается, что есть индивид, есть объективно существующие обстоятельства его жизни, и есть способ, которым они связаны. Только в научной абстракции можно оторвать индивида от обстоятельств, в которых проходит его жизнь. Но и в этом случае всё равно придется искать «концептуальный мост» (например, принцип «субъекта деятельности»), способный соединить разорванное единство».

Таким образом, связь индивида с его собственным существованием – это проблема жизненного самоопределения, трансформирующаяся в проблему активного формирования человеком того, что определяет понятием «жизненная среда», в которой личность слита с объективными обстоятельствами её бытия (Левин К.). Далее это проблема рефлексии как способности человека объективировать в сознании свою жизнь, собственное существование в этой среде, жизненных обстоятельствах. Еще глубже, это проблема тех механизмов, которые обеспечивают избирательную работу сознания, саму возможность рефлексии – как условия самоопределения (и самореализации) личности. На этом уровне собственно и возникает проблема ригидности – гибкости как того, с чем связана блокада (или разблокирование) сознания, его избирательный характер. Поэтому искомый континуум – будучи самым глубоким и основополагающим (по отношению к другим психологическим феноменам), он оказывается и самой общей характеристикой меры открытости системы, показателем ее самоорганизации, проявлением которой является самореализация человека.

В своём исследовании мы решили изучить показатели ригидности в подростковом возрасте и отдельно проанализировать результаты

исследования девочек и мальчиков подросткового возраста. Этот возраст традиционно считается самым сложным. Все стороны развития подвергаются качественной перестройке, возникают и формируются новые психологические образования. Этот процесс преобразования и определяет все основные особенности личности детей подросткового возраста.

Наибольшее количество детей с так называемой «школьной дезадаптацией», то есть не умеющих приспособиться к школе (что может проявляться в низкой успеваемости, плохой дисциплине, неспособности или нежелании изменить свое мнение, отношение, установку на какие-либо изменения, расстройстве взаимоотношений со взрослыми и сверстниками, появлении негативных черт в личности и поведении, отрицательных субъективных переживаний и т. п.), приходится именно на подростковый возраст. Так, по данным исследований, если в младших классах школьная дезадаптация встречается в 5-8 % случаев, то у подростков – в 18-20 %. В старших классах ситуация вновь несколько стабилизируется.

Важно отметить, что с трудностями подросткового возраста сталкиваются как мальчики, так и девочки, процесс преобразования личности у них происходит сравнительно одинаково, следовательно, мы предполагаем, что показатели ригидности девочек и мальчиков не будут иметь качественных различий.

База исследования: Исследование было организовано и проведено в муниципальном бюджетном образовательном учреждении средней общеобразовательной школе № 18 города Красноярска. Выборка исследования представлена учащимися 9-х классов МБОУ СОШ №18 в количестве 40 человек (20 мальчиков и 20 девочек). Средний возраст исследуемых 15-16 лет.

В качестве диагностического материала нами был использован Томский опросник ригидности (ТОР) Г. В. Залевского, который позволяет оценить психическую ригидность как трудность в изменении программы поведения в целом или отдельных её элементов в соответствии с требованиями изменения ситуации. ТОР состоит из 150 вопросов (утверждений), содержание которых отражает достаточно широко те ситуации, в которых от человека требуется изменить отдельные элементы программы своего поведения или её в целом «под напором опыта» – образа жизни, стереотипы, отношения, установки, привычки и т. д. Структурно ТОР состоит из 6 шкал: симптомокомплекс ригидности (СКР), актуальная ригидность (АР), сенситивная ригидность (СР), установочная ригидность (УР), ригидность как состояние (РСО), преморбидная ригидность (ПМР).

Анализируя показатели исследования, мы получили следующие данные: у 65 % девочек и 55 % мальчиков выявлен высокий уровень ригидности по шкале СКР (симптомокомплекс ригидности), что свидетельствует о высокой склонности к широкому спектру фиксированных форм поведения – навязчивости, педантизму, упрямству. Для 35 % девочек

и 45 % мальчиков характерен умеренный уровень ригидности по данной шкале, что свидетельствует о склонности к широкому спектру фиксированных форм поведения.

По шкале АР (актуальная ригидность) 50 % девочек и 80 % мальчиков имеют умеренный уровень, что свидетельствует о некоторой неспособности при объективной необходимости изменить мнение, отношение, установку, мотивы. Высокий уровень наблюдается у 40 % девочек и 10 % мальчиков, это говорит о высокой неспособности изменить мнение, отношение, установку при необходимости. 10 % девочек и 10 % мальчиков имеют низкий уровень ригидности, что говорит о способности при объективной необходимости изменить мнение, отношение, установку, мотивы. Отметим явные различия в процентном соотношении по показателям данной шкалы у девочек и мальчиков, актуальная ригидность в большей степени характерна исследуемым нами девочкам.

По шкале СР (сенситивная ригидность) умеренный уровень выявлен у 45 % девочек и 70 % мальчиков, что говорит о тенденции к неадекватной эмоциональной реакции на ситуации, требующие от них каких-либо изменений на новое, страх перед новым. У 50 % девочек и 25 % мальчиков наблюдается высокий уровень, свидетельствующий о неадекватной эмоциональной реакции на эти же ситуации. 5 % девочек и 5 % мальчиков имеют низкий уровень, что говорит об адекватной эмоциональной реакции на ситуации, требующие от них каких-либо изменений на новое. Результаты исследования сенситивной ригидности так же свидетельствуют о наличии данного вида ригидности в большей степени у девочек.

Умеренный уровень по шкале УР (установочная ригидность) имеют 60 % девочек и 35 % мальчиков, что свидетельствует об установке на непринятие нового, о плохом понимании необходимости изменения самого себя, уровня притязаний, системы ценностей. Высокий уровень выявлен у 40 % девочек и 50 % мальчиков, что говорит также об установке на непринятие нового. Очень высокий уровень выявлен у 10 % мальчиков, что также свидетельствует об установке на непринятие нового. Низкий уровень у 5 % мальчиков свидетельствует об установке на принятие нового, и понимании необходимости изменения самого себя – самооценки, уровня притязаний, системы ценностей, привычек.

По шкале РСО (ригидность как состояние) умеренный уровень выявлен у 45 % девочек и 20 % мальчиков, это говорит о том, что в состоянии страха, стресса, плохого настроения или болезни человек склонен к ригидному поведению. У 35 % девочек и 45 % мальчиков выявлен высокий уровень, это говорит о том, что в состоянии страха, стресса, плохого настроения или болезни человек также склонен к ригидному поведению. Очень высокий уровень ригидности выявлен у 15 % девочек и 15 % мальчиков, что свидетельствует о том, что эти исследуемые в высшей степени склонны к ригидному поведению, которое они могут

и не проявлять в обычных условиях. У 5 % девочек и 20 % мальчиков выявлен низкий уровень ригидности, который отражает, что в состоянии страха, стресса, плохого настроения или болезни исследуемые не склонны к ригидному поведению.

По шкале ПМР (преморбидная ригидность) у 50 % девочек и 40 % мальчиков выявлен умеренный уровень ригидности, что свидетельствует о наличии в подростковом возрасте трудностей в ситуациях каких-либо перемен. Высокий уровень выявлен у 50 % девочек и 60 % мальчиков, что также свидетельствует о наличии в этом возрасте трудностей в ситуациях каких-либо перемен.

Анализируя полученные данные нашего исследования, можно сделать вывод о том, что как для исследуемых нами мальчиков, так и для исследуемых девочек, в большей степени характерны умеренный и высокий уровни психической ригидности. Следовательно, у исследуемых нами подростков показатели ригидности имеют качественные различия лишь по некоторым шкалам в процентном соотношении. Наличие высоких показателей ригидности может быть объяснено нами, как уже отмечалось выше особенностями возраста исследуемых. Для того, что бы снизить ригидность исследуемых нами подростков нами была разработана коррекционно-развивающая программа и предоставлены рекомендации по ее реализации психологу учебного заведения в котором реализовывалось исследование.

Важно отметить, что ригидность, является тем общесистемным свойством, которое может не только блокировать выход человека за пределы устоявшихся поведенческих схем, но и за пределы жизненных обстоятельств, деятельность в которых предполагает трансформацию фиксированных форм поведения. Она тем самым может блокировать и сам вывод в сознание определенных жизненных обстоятельств, которые связаны с неудачами реализации в них стереотипов, сложившихся в других обстоятельствах. Ригидность также способна блокировать в сознании и те обстоятельства, которые связаны с открывающимися возможностями выхода за пределы требований ситуации – туда, где наиболее явно заявляет о себе самореализация.

В современной российской действительности, как в прочем и во все времена, человеческий фактор является главной движущей силой общественного развития. Сегодня, в эпоху перемен, возрастает актуальность знаний о человеке, о возможностях его адаптации к быстро меняющейся природной, социально-экономической и культурной среде, динамичным изменениям во всех сферах общественной жизни. Современная личность должна ориентироваться в расширяющемся социальном пространстве, проявлять внутреннюю гибкость, разнообразие интересов, стремиться к самосовершенствованию, осознавать настоящее как особо значимое временное изменение человеческого бытия (Loginova I. O., Chupina V. B., Zhivaeva Y. V.).

Литература

1. Абульханова-Славская К. А. Стратегия жизни. – М.: Мысль, 1991. – 299 с.
2. Галажинский Э. В. Ригидность как общесистемное свойство человека и самореализация личности. – М., 2003. – 200 с.
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. Лукьянов О. В. Проблема идентичности и психической ригидности в психологической образовательной практике. Диссертация. исслед. – Томск 1999. – С. 173-181.
5. Ключко А. В., Краснорядцева О. М. Суверенность как результат становления человека в совмещенной психологической системе // Вестник БГПУ: Психолого-педагогические науки. 2001. – № 1. – С. 4-9.
6. Ключко В. Е. Самоорганизация в психологических системах: проблемы становления ментального пространства личности (введение в транспективный анализ). – Томск: Изд-во ТГУ, 2005. – 174 с.
7. Логинова, И. О. Жизненное самоосуществление: системно-антропологический контекст: Автореф. дис. д-ра психол. наук. Спец.: 19.00.01 – общая психология, история психологии, психология личности / И. О. Логинова. – Томск, 2010.
8. Loginova I. O., Chupina V. B., Zhivaeva Y. V. Sociocultural Characteristics of Psychological Education in the Context of Systemic-Anthropological Approach // Journal of Social Sciences, Volume 8, Issue 2, – P. 281-293.

СПЕЦИФИКА РАБОТЫ ПСИХОЛОГА С ЛЮДЬМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ ИНСУЛЬТ

Е. А. Гармидарова

Лесосибирский педагогический институт – филиал федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Сибирский федеральный университет»

XXI век характеризуется многими социальными проблемами, в том числе ростом заболеваемости и смертности населения. Нынешний этап развития нашего общества связан с демографическим кризисом, снижением продолжительности жизни населения страны, что вызывает обеспокоенность многих ученых и специалистов (Кадыков, 2002).

Это обстоятельство определило, в частности, внимание к проблеме хронических заболеваний со стороны медицины, но, к сожалению, в гораздо меньшей степени оно осмысливается в рамках психологии. Это говорит о том, что общество еще не осознает заболевание с хроническим течением как психологически значимую проблему (Ромм, 2002).

Хронические заболевания относятся к числу факторов, которые способствуют стойкому снижению трудоспособности, потенциально приводят к инвалидизации. Психологические проблемы человека с хроническим заболеванием находятся в настоящее время в центре внимания психологов, благодаря возрастающему количеству всевозможных

болезней, характеризующихся хроническим течением. Глобальной задачей психологии в данном случае является сохранение нормального качества жизни хронического больного.

Часто перенесенная болезнь изменяет всю жизнь человека: меняются его социальный статус, его физические возможности, его окружение, но главное изменение происходит в нем самом, в его отношении к себе, к жизни и к окружающим. Утрата физической привлекательности и нарушение элементарных двигательных функций являются доминирующими факторами снижения самооценки. Проблемой социальной адаптации этой группы лиц на первый план выходит необходимость их участия в тех или иных социальных отношениях, вступление в межличностные отношения с различными категориями людей, индентификация с какой-либо общностью (группой), а для личности – изменение самоотношения, снятия негативных установок по отношению к себе вследствие влияния болезни. Все это требует для более эффективной реабилитационной работы с ними на медицинском, социальном и социально-психологическом уровнях (Кадыков, 1997).

Проблема реабилитации инвалидов обусловливается неуклонным ростом их числа в России и в мире, представляющим собой глобальный социальный процесс, своеобразную плату общества за технократический путь развития цивилизации. В современных социально-экономических условиях общество оказалось в ситуации, характеризующейся резким падением жизненного уровня, социальным неравенством, распадом системы ценностей, деградацией традиционных институтов, отвечающих за его полноценное функционирование. В таких условиях возникает необходимость в новых взглядах на компенсирующие функции, утраченные социумом. В системе интересов становления личности такую компенсирующую функцию выполняет психологическая работа. Однако, несмотря на достаточно большое количество публикаций аспектов психологической работы, в разных типах образовательных учреждениях, недостаточно изучена специфика психологической работы применительно к людям, перенесшим инсульт. В то же время следует отметить, что в стационарных учреждениях психологическая работа социальной реабилитации инвалидов реализуется не в полной мере, так как у работающего в отделениях персонала отсутствует соответствующая подготовка и не создана необходимая среда. Однако проблема психологических аспектов работы социальной реабилитации лиц с ограниченными возможностями, его форм и методов находится в стадии накопления эмпирического материала и теоретических разработок. Психологическая работа способствует не только эффективности решения жизненных затруднений и проблем, связанных с обучением и воспитанием в процессе получения образования и профессиональной подготовки любого индивида. Оно также обеспечивает адаптацию лиц с ограниченными физическими

возможностями к различным аспектам жизнедеятельности, лица с ограниченными физическими возможностями (инвалиды) особо нуждаются в специфических психолого-педагогических средствах не только медицинской, но и социальной реабилитации.

Проблема инсульта одна из очень важных проблем современного общества. К сожалению, количество людей столкнувшихся с этой проблемой постоянно возрастает и что еще более грустно это заболевание молодеет. Человек, перенесший инсульт рискует при неправильном ведении восстановительного периода навсегда остаться инвалидом. При своевременном и правильном осуществлении реабилитационных мероприятий в большинстве случаев можно достичь практически полного восстановления утраченных функций как двигательных, так и интеллектуальных.

Квалифицированная психологическая помощь пациенту перенесшего инсульт, поможет ускорить период реабилитации и быстрее вернуть человека к здоровой жизни. Психологические аспекты работы представляет собой актуальную проблему, сущностным признаком которой является система взаимодействий психолога и человека в определенном процессе оказания помощи и поддержки личности.

Перечисленное выше определяет актуальность изучения специфики работы психолога с людьми, перенесшими инсульт.

В любом обществе существует категория лиц, которые из-за определенных жизненных ситуаций не могут своевременно адаптироваться сложившейся окружающей действительности, интегрироваться в общество после болезни, травм, психологический, стрессовых перегрузок, и поэтому нуждаются в социальной защите и поддержке (инвалиды, пенсионеры, безработные, несчастные, неустроенные, бездомные и т. д.). Лица, перенесшие инсульт, тоже относятся к этой категории. Их объединяют физические, телесные и душевные страдания, которые усугубляют их социальное положение, приводят к появлению новых проблем связанных с потерей здоровья, ограничением их жизнедеятельности нормального функционирования в обществе, что порождает необходимость в защите права на здоровье (Столярова, 1978).

Даже при удовлетворительном самочувствии диагноз «инсульт» ассоциируется у больных с угрозой для жизни. Тяжелое физическое состояние, резкая слабость, интенсивные боли, озабоченные лица медицинского персонала, срочная госпитализация – все это порождает тревогу и страх, приводит больных к убеждению, что их жизнь в опасности. На психическое состояние больного в первые дни болезни влияют также и другие психологические факторы. Больных угнетает мысль о том, что из крепких, сильных, активных людей они превратились в беспомощных, нуждающихся в уходе больных. Наряду с тревожными опасениями за здоровье, появляются мрачные мысли о будущем, подавленность, страх перед возможной инвалидностью, тревожные мысли о благополучии семьи (Якобсен, 2005).

Психологическими особенностями людей, перенесших инсульт, являются: изменение характера человека, что проявляется в чувствительности, ворчливости, раздражительности, вспыльчивости, смятении, потерянности, тревожности, низкой самооценкой, замкнутости. Отмечается потеря смысла и картины мира, перемена «образа Я». Изменяется жизненный мир человека на физическом, социальном и духовном уровне. Влекущие за собой неуверенность, угнетение, одиночество, бесполезность, бессмысленность жизни, понимание ценностей бытия, внимательность к другим людям.

С целью изучения специфики работы психолога с людьми, перенесшими инсульт, нами организовано экспериментальное исследование на базе Лесосибирской центральной городской больницы неврологического отделения в 2011-2012 гг. Выборка исследования представлена двумя разновозрастными группами из 11 мужчин и 11 женщин в возрасте от 33-84 лет с диагнозом «инсульт». Исследование проводилось с разрешения родственников больных и лечащего врача. Все испытуемые с ранее перенесенным инсультом. При первичном медицинском обследовании, из истории болезни, отмечался гемепорез правой стороны туловища и порез речевого аппарата. На момент психологического исследования отмечался частичный гемепорез туловища, речевой аппарат сохранен.

Этапы экспериментального исследования:

1 этап (октябрь – ноябрь 2011) – подбор диагностического инструментария для изучения психологических особенностей людей, перенесших инсульт.

2 этап (ноябрь – декабрь 2011) – проведение констатирующего эксперимента с целью изучения психологических особенностей людей, перенесших инсульт, обработка и анализ результатов.

3 этап (декабрь 2011 – февраль 2012) – разработка системы работы психолога с целью реабилитации людей, перенесших инсульт.

Для исследования психологических расстройств нами использовались следующие методики: «Сфера мышления» (автор – Г. Эббингауза), «Счет по Крепелину» (автор – Э. Крепелин), «Моторная проба» (автор – К. Шварцландер), «Многофакторное исследование личности» (автор – Р. Кеттел), «Шкала реактивной (ситуативной) и личностной тревожности» (авторы – Ч. Д. Спилберг и Ю. Л. Ханин), «Диагностики социально – психологической адаптации» (авторы – К. Роджерс и Р. Даймонд), «Психологическая диагностика типов отношения к болезни» («ТОБОЛ») (авторы – А. Е. Личко и Н. Я. Иванов).

Проанализировав результаты исследования психологических особенностей мужчин и женщин, перенесших инсульт, мы сделали следующие выводы.

Женщины и мужчины, перенесшие инсульт, характеризуются разным уровнем мышления, однако преобладает образное мышление. Испытуемые легко вставляли недостающие слова, соотносясь с содержанием

рассказа. Иногда заменяли слова близкими по значению. Люди, перенесшие инсульт, замедляли темп к концу отсчета, не реагировали на замечания экспериментатора, отмечалась несобранность, рассеянность, что говорит о нарушении критики; у них преобладает низкий уровень притязания. Такие люди обычно ориентированы на подчинение и часто проявляют беспомощность. Одной из проблем таких людей может стать планирование своих действий в ближайшем времени и соотнесение их с перспективой. Задают себе установку на неудачу; тревожности, однако преобладает высокий уровень тревожности. У таких людей отмечается низкий уровень эмоционального комфорта, т. е. они встревожены, обеспокоены или чувствуют безразличие к окружающему. Больше всего их волнует страх быть обузой, страх одиночества и собственные проблемы со здоровьем.

Анализируя результаты, полученные с помощью методики «Многофакторное исследование личности» (автор – Р. Кеттел), можем сказать, что у женщин и мужчин, перенесших инсульт, преобладает фактор «N» – «прямолинейность – дипломатичность». Такие люди характеризуются расчетливостью, пронизательностью, разумным и сентиментальным подходом к событиям и окружающим людям. Интеллектуальные способности у этой группы отмечаются конкретностью и некоторой ригидностью мышления. Испытуемые ориентируются на внешнюю реальность и следуют общепринятым нормам, им так же свойственна некоторая ограниченность и излишняя внимательность к мелочам. Они склонны к морализации и нравоучениям. Противятся переменам и не интересуются аналитическими и интеллектуальными соображениями. Кроме того, таким людям свойственны: переменчивость интересов, раздражительность, утомляемость, неорганизованность, беспринципность, жесткость и суровость. Отмечается черствость по отношению к окружающим, тревожность, депрессивность, ранимость. Люди не обеспокоены выполнением социальных требований, у них низкая мотивация, лень, излишняя удовлетворенность и невозмутимость, что говорит об эмоционально-волевых особенностях. При межличностном взаимодействии эти люди характеризуются замкнутостью, покорностью, молчаливостью, подозрительностью, наивностью, ориентируется на социальное одобрение. При этом у них зачастую отсутствует инициатива принятия решений.

Испытуемые данной выборки характеризуются разной степенью адаптации, однако преобладает низкий уровень социально-психологической адаптации. Такие люди характеризуются низким и средним уровнем самооценки. Критично относятся к себе, не удовлетворены собственным поведением, уровнем достижений. Низко оценивают себя в целом как личность. Все, что с ними происходит, считают нелепой случайностью.

Представители данной выборки характеризуются разными типами отношения к болезни. Очевидно, что преобладает неврастенический тип,

т. е. поведение по типу «раздражительной слабости». У этой группы выражено чувство раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения, неблагоприятных данных обследования. Раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается нередко раскаянием и слезами.

Таким образом, у женщин и мужчин, перенесших инсульт, отмечается: образное мышление, высокая утомляемость, низкий уровень притязания, высокая тревожность, низкая степень адаптации, неврастенический тип поведения.

Результаты исследования свидетельствуют о необходимости психологической работы с группой больных с хроническими заболеваниями, имеющих низкий уровень адаптации, низкий уровень притязания, высокую утомляемость, высокую тревожность. Одной из важных психологических проблем является проблемы реакции личности на болезнь. От того, как больной относится к своему заболеванию, зависит общий успех лечения. Работа должна быть направлена на профилактику дезадаптации, снижения уровня тревожности, повышения веры в себя, повышение эмоционального состояния больных с хроническими заболеваниями.

Работа психолога может быть организована в два этапа:

I. Подготовка к изменению образа жизни в связи с хроническим заболеванием.

II. Работа с больными, имеющими хронические заболевания.

На каждом этапе существуют свои цели и способы их реализации (Манухина, 2003).

I. Подготовка к изменению образа жизни в связи с хроническим заболеванием.

Цель подготовительного этапа – подготовить человека к изменению образа жизни в связи с хроническим заболеванием для того, чтобы он смог без ущерба перейти этот важный жизненный момент. Психологический смысл этого этапа в том, что человек переживает неизбежный процесс изменения статуса и образа жизни, а значит успевать привыкнуть, адаптироваться и избежать стрессовых ситуаций. Основными формами психологической работы являются психологическое просвещение, консультирование, групповая работа

II. Работа с больными, имеющими хронические заболевания.

Цель этапа – создание психологических условий для адаптации больных к течению заболевания.

Основные направления работы:

1. Работа с больными, имеющими хронические заболевания.

2. Работа с родственниками больных, имеющих хронические заболевания.

На основе анализа этих особенностей можно выделить следующие блоки работы:

- Работа по формированию адекватной самооценки, т. к. больные с низким уровнем адаптации характеризуются низким уровнем самооценки, зачастую не удовлетворены собой.
- Работа по формированию интегрального контроля, т. к. люди с низким уровнем адаптации полагают, что большинство событий их жизни является результатом случая или действия других людей. Важно чтобы больные имеющие хронические заболевания приняли на себя долю ответственности за то, что происходит в их жизни, поняли, что очень многое зависит от них. На этом уровне возможно эффективной будет групповая работа.
- Работа по повышению социальной активности.

Рациональная адаптация и правильный выбор занятий в сфере досуга и отдыха являются существенным положительным фактором социальной адаптации больных с хроническими заболеваниями.

Психологическая работа с больными с хроническими заболеваниями должна быть направлена на стимулирование исполнения активной социальной роли, общения с окружающими и поддержания позитивного самосознания, психологического спокойствия. Работа с родственниками людей, перенесших инсульт, может быть организована в консультативной форме. Важно объяснить родственникам, что социальная поддержка позволяет больным чувствовать себя компетентными. Необходима передача позитивных чувств больному, при которой они чувствуют, что о них заботятся, их ценят, уважают. Это является важным фактором, содействующим адаптации.

Таким образом, содержание работы психолога по развитию (коррекции) психологических особенностей людей, перенесших инсульт, включает в себя занятия, направленные на укрепление психологического здоровья, более рациональное отношение к проблемам, возникающим в связи с хроническим заболеванием. При этом работа психолога может опираться на личностные особенности, являющиеся фактором адаптации (особенности самосознания, мотивационно-потребностной и эмоциональной сфер личности).

Литература

1. Иванов М. А., Мастеров Б. М. Основы практической социально-психологической работы с хроническими больными. . – М., 1998.
2. Кадыков А. С., Черникова Л. А., Калашникова Л. А., Шахпаронова Н. В. Ранняя реабилитация больных с нарушениями мозгового кровообращения // Неврологич. журнал. – 1997. – № 1. – С. 24-27.
3. Кадыков А. С., Черникова Л. А., Шведков В. В. Жизнь после инсульта. Популярн. практическое руководство по реабилитации больных, перенесших инсульт. – М.: Миклош, 2002.
4. Манухина Н. М. Некоторые особенности психологической помощи пациентам с соматическими заболеваниями // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2003. – № 1. – С. 13-25.

5. Ромм М. В. Адаптация личности в социуме: теоретическо-методологический аспект. – Новосибирск, 2002.
6. Столярова Л. Г., Ткачева Г. Р. Реабилитация больных с ситуативными двигательными расстройствами. – М., 1978.
7. Якобсен Б. Жизненный кризис в экзистенциальной перспективе. – М.: ВЛАДОС, 2005.

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ СТИЛЯ САМОРЕГУЛЯЦИИ ПОВЕДЕНИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ У СТУДЕНТОВ ФАКУЛЬТЕТА КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

В. А. Гейль, И. О. Логинова

*ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ*

Предъявляемые современные требования к качеству образования будущих клинических психологов, с одной стороны, увеличивают поток усложняющихся знаний, с другой, акцентируют внимание на компетентностных характеристиках специалиста: овладение способами интенсивного повышения успешности своей учебной деятельности средствами психической саморегуляции.

«Осознанная саморегуляция произвольной активности человека – это целостная система психических средств, при помощи которой человек способен управлять своей целенаправленной активностью», – считает В. И. Моросанова.

Целью исследования явилось изучение стиля саморегуляции поведения и психологического благополучия студентов факультета клинической психологии. Были выдвинуты две основные исследовательские гипотезы:

- у студентов, характеризующихся высоким уровнем самостоятельности как компонента стиля саморегуляции поведения, уровень автономности как показателя психологического благополучия будет выше;
- общие показатели стиля саморегуляции поведения имеют взаимосвязь с показателями психологического благополучия студентов.

Для проверки выдвинутых гипотез использовались: опросник В. И. Моросановой «Стиль саморегуляции поведения»; методика К. Рифф «Шкала психологического благополучия».

Саморегуляции осуществляется как единый процесс, обеспечивая мобилизацию и интеграцию психологических особенностей человека для достижения целей деятельности и поведения. Процесс саморегуляции способствует выработке гармоничного поведения, на его основе

развивается способность управлять собой сообразно реализации поставленной цели, направлять свое поведение в соответствии с требованиями жизни и профессиональными или учебными задачами.

Осознанная саморегуляция произвольной активности человека – это целостная система психических средств, при помощи которой человек способен управлять своей целенаправленной активностью. Системы психической саморегуляции имеют универсальную структуру для разных видов активности человека, и в этой структуре можно выделить основные компоненты, выполняющие различные функции в осознанном произвольном управлении.

Функциональные компоненты системы саморегуляции реализуется одним из частных регуляторных процессов, к которым относятся планирование целей, моделирование значимых для достижения цели достижений условий, программирование действий, оценивание, коррекция результатов. Эти процессы взаимосвязаны между собой, имеют сложную архитектуру и могут осуществляться как последовательно, так и параллельно. **Самостоятельность, по мнению В. И. Моросановой**, характеризует развитость регуляторной автономности.

Термин «психологическое благополучие» по своему смыслу и содержанию соотносится, прежде всего, с экзистенциальным переживанием человеком отношения к собственной жизни. Психологическое благополучие является субъективной реальностью, обладает такой характеристикой как целостность, базируется на интегральной оценке своего собственного бытия.

Теорию психологического благополучия, предложила американская исследовательница, доктор психологии Кэрол Рифф. Она выделила шесть компонентов психологического благополучия. Среди компонентов психологического благополучия К. Рифф выделяет автономность, т. е. способность следовать своим убеждениям. Автономность в психологическом понимании можно определить как некое социально-психологическое качество, позволяющее человеку действовать независимо от внутренних и внешних установок, демонстрируя способность к самостоятельности, а автономия определяется как потребность в проявлении этого качества.

В современной психологии понятие автономность определяется как способность личности к независимости от внешних воздействий, возможность реагировать на них исходя из нравственных законов.

Переживание человеком психологического благополучия предполагает сравнение с нормой, эталоном, идеалом, но эти нормы присутствуют в сознании самого переживающего человека, таким образом, психологическое благополучие это некий вариант самооценки, самоотношения. Психологическое благополучие как целостное, субъективное переживание имеет огромное значение для самого переживающего человека,

поскольку связано с базовыми человеческими ценностями, а так же с такими обыденными понятиями как счастье, счастливая жизнь и др.

Выборка исследования была представлена 30 студентами 2 курса факультета клинической психологии.

В ходе исследования учебной деятельности студентов факультета клинической психологии было обнаружено, что по шкале «Самостоятельность» (опросник В. И. Моросановой) среднегрупповой показатель равен 6,83 балла (выше среднего).

Это свидетельствует об автономности в организации активности человека, его способности самостоятельно планировать деятельность и поведение, организовывать работу по достижению выдвинутой цели, контролировать ход ее выполнения, анализировать и оценивать как промежуточные, так и конечные результаты деятельности.

16 человек (54 %) – высокий уровень;

13 человек (43 %) – средний уровень;

1 человек (3 %) – низкий уровень.

По результатам проведения методики К. Рифф было обнаружено, что по шкале «Автономия» среднегрупповой показатель равен 66,1 балла (высокий).

Это означает, что у студентов, способность следовать своим убеждениям находится на высоком уровне.

21 человек (70 %) – высокий показатель;

7 человек (23 %) – нормативный показатель;

2 человека (7 %) – низкий показатель.

Проанализировав данные результаты, можно отметить, что не каждый автономный студент будет самостоятельным, так как процент автономности на 16 % выше, процента самостоятельности.

Для определения степени корреляции уровня самостоятельности и показателя автономности был использован коэффициент Спирмена.

Полученный результат: $r_s = 0,129$ означает, что корреляция между уровнем самостоятельности и показателем автономности является положительной, но статистически не значимой.

При проверке второй гипотезы были получены следующие результаты.

При проведении опросника В. И. Моросановой «Стиль саморегуляции поведения», было обнаружено, что по всем шкалам опросника среднегрупповые показатели располагаются в диапазоне средних оценок. По шкале «Планирование» среднегрупповой показатель равен 4,8 балла, по шкале «Моделирование» – 5,6 балла, по шкале «Программирование» – 5,6 балла, по шкале «Оценивание результатов» – 5,47 баллов, по шкале «Гибкость» – 6,5 балла, по шкале «Самостоятельность» – 6,8 баллов. Общий уровень саморегуляции на данном этапе равен 30 баллов.

При проведении методики К. Рифф «Шкала психологического благополучия» были получены средние значения показателей: по шкале «Позитивные отношения» среднегрупповой показатель равен 62,1 балла, по шкале «Автономия» – 66,1 балла, по шкале «Управление средой» – 58, 53 балла, по шкале «Личностный рост» – 61,3 балла, по шкале «Цели в жизни» – 59, 83 балла и по шкале «Самопринятие» – 61,23 балла.

Для подтверждения гипотезы мы также воспользовались коэффициентом Ч. Спирмена. Присутствует корреляция между шкалами внутри методик, что свидетельствует о их внутренней согласованности. Положительная корреляция существует между компонентом «Моделирование» (опросник В. И. Моросановой) и показателем «Самопринятие» (методика К. Рифф): $r=0,4$ (статистически значимая связь). Что же касается связей между другими показателями методик, то большинство являются статистически не значимыми. Следовательно, вторая гипотеза, подтвердилась частично, так как не все показатели имеют статистически значимую корреляцию.

Обобщая результаты исследования, отметим, что эффективность учебной деятельности «базируется» на основе сложившегося стиля саморегуляции поведения, который, в свою очередь, складывается, трансформируется, развивается с помощью психологического благополучия человека.

Несомненно, что для будущего клинического психолога гармоничный стиль саморегуляции поведения и психологическое благополучие является профессионально важным качеством, обеспечивающим возможность перестройки деятельности, появление нового смысла, нового отношения к выполняемой деятельности, а в результате появляется уверенность, смелость, ощущение свободы, изменяющие содержание деятельности. **Также, следует отметить, что равномерное развитие компонента самостоятельности и показателя автономности, способствует успешной учебной деятельности.**

Литература

1. Леонтьев Д. А. Психология свободы: к постановке проблемы самодетерминации личности / Д. А. Леонтьев // Психологический журнал. – т. 21, 2000, № 1. – С. 15-25.
2. Лепешинский Н. Н. Адаптация опросника «Шкалы психологического благополучия» К. Рифф / Н. Н. Лепешинский // Психологический журнал. – 2007. – № 3 (15).
3. Моросанова В. И. Индивидуальный стиль саморегуляции в произвольной активности человека / В. И. Моросанова // Психол. журн. – 1995. – № 4. – С. 26-35.
4. Моросанова В. И. Стилевые особенности саморегулирования личности / В. И. Моросанова // Вопр. психол. – 1991. – № 1. – С. 121-127.

ЛИЧНОСТНАЯ СУВЕРЕННОСТЬ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

К. Жаткина

*Лесосибирский педагогический институт –
филиал Сибирского федерального университета*

В настоящее время в рамках психологической науки большое количество исследований посвящено понятию «здоровье». Интерпретации данного понятия различны, но практически в каждом определении в качестве важного звена в понимании здоровья упоминается психологическое здоровье личности.

Сам термин «психологическое здоровье» в научный оборот введен И. В. Дубровиной, выделяющей психологические аспекты психического здоровья, то есть то, что относится к личности в целом, находится в тесной связи с высшими проявлениями человеческого духа (Хухлаева, 2001).

В отношении понятия «психологическое здоровье» разными авторами выделяется много разноплановых критериев. В свою очередь, многие авторы указывают на такие показатели нормального развития, как:

- большая интегрированность, целостность и единство личности (К. Роджерс, К. -Г. Юнг, А. Маслоу, Г. Олпорт);
- эволюционирующая, гетеростазическая природа личности, существование ее в виде процесса, а не в виде застывшей сущности (А. Адлер, А. Маслоу, В. Франкл, Ш. Бюллер, К.-Г. Юнг, др.)
- выход за пределы себя – творческий целетворящий характер жизнедеятельности, наиболее отвечающий трансцендирующей сущности человека – Б. С. Братусь;
- открытость – «все увеличивающаяся открытость опыту» у К. Роджерса, сотрудничество с другими людьми, преодоление центрации на себе и выраженность социального интереса – один из критериев оценки здорового индивида у А. Адлера, расширение связей «Я» с окружающим миром у Г. Олпорта. Б. С. Братусь указывает на то, что в процессе развития человека происходит расширение круга связей и отношений с окружающим миром, а при определенных обстоятельствах – их сужение или видоизменение (Клочко, Краснорядцева, 2002).

А. В. Клочко, О. М. Краснорядцева отмечают, что особое внимание заслуживает еще один показатель психологического здоровья человека, отражающий такую способность, как самосозидание, самоорганизация и позволяющий говорить о его личности как о суверенной.

В психологической науке суверенность трактуется как личностная характеристика, выражающаяся в глубоком познании действительности и освоении социальной среды. Предпосылкой осознания личностью

своей суверенности является кристаллизация «Я», зрелость эмоционально-психологического отношения к миру, развитие самосознания (Абульханова-Славская, 2001).

По мнению С. К. Нартовой-Бочавер психологическая (личностная) суверенность – это способность человека контролировать, защищать и развивать свое психологическое пространство, основанная на обобщенном опыте успешного автономного поведения. Психологическая суверенность представляет собой форму субъективности человека и позволяет в разных формах спонтанной активности реализовать потребности. Несколько иначе суверенность может быть понята как состояние границ психологического пространства, являющихся инструментом равноправного взаимодействия и селекции внешних влияний, обозначающих пределы личной ответственности и определяющих идентичность человека (Нартова–Бочавер, 2008).

Психологическая суверенность подразумевает не сопоставление поступка с заданными извне нормами и образцами поведения, а внутреннее эмоциональное согласие с обстоятельствами жизни человека. В противоположность исследованиям в рамках психосинтеза, гуманистической и экзистенциальной психологии личности, суверенность представляет собой не просто признак гармонии с самим собой, но и синергичное отношение к жизненным ситуациям. Поэтому суверенность может быть изучена только через отношение к разным измерениям психологического пространства.

К. А. Абульханова – Славская отмечает, что понятие «суверенности» во многом пересекается с категорией субъектность. Понятие субъектности конкретизируется, раскрывается в многообразных субъектных проявлениях личности. К субъектным проявлениям (свойствам) личности, выделяемые различными авторами относятся: активность, ответственность, креативность, рефлексивность, целеполагание, саморегуляция, самоконтроль, временная организация деятельности, внутренняя свобода, достоинство, личностные смыслы, ценности, самоопределение, самодеятельность, самооценка, самовоспитание, самоидентификация, и многие другие (Дьяченко, 1998).

По мнению А. В. Ключко и О. М. Краснорядцевой суверенность характеризует не только здорового, активного, полно функционирующего, независимого, сохраняющего динамическое равновесие, самоактуализирующегося и самореализующегося человека, но еще и созидающего свой мир и самого себя. Другими словами, становясь суверенной личностью, человек получает возможность менять образ жизни, стимулируя тем самым дальнейшее развитие собственного мира. Суверенность обеспечивает человеку возможность самостоятельного выхода к культуре через порождение новых качеств, мерностей, которые детерминируют дальнейшее развитие человека. Процесс онтогенетического развития можно

рассматривать как постепенное усложнение системной организации. По мере появления определенных новых «мерностей» (значений, смыслов, ценностей) в усложняющейся психологической системе, она (система) будет становиться все более и более автономной, независимой, открытой навстречу новым изменениям (Клочко, Краснорядцева, 2002).

Выделяют шесть измерений (секторов) психологического пространства личности: физическое тело, территория, личные вещи, привычки, друзья (социальные связи) и вкусы (ценности). Рассмотрим каждое измерение более подробно.

Суверенность физического тела. Собственное тело – первое измерение психологического пространства личности, которое возникает в онтогенезе. Человек открывает его раньше другой реальности и учится им пользоваться благодаря развитию сенсорики и моторики. Насилие над телом может выражаться во фрустрации базовых потребностей в пище или комфорте; насильное кормление, неудобная поза, жесткое обращение – все это различные формы внедрения в личное жизненное пространство личности. Телесность выражается в базисных потребностях, без удовлетворения которых человек самоподтверждаться не может. Важнейшие биологические потребности, которые конституируют человеческую телесность, – это пищевая потребность, конформность местоположения и размещения в пространстве (поза), начиная с пубертата – сексуальная потребность. Телесность во всех своих формах (пищевое поведение, секс, комфортность позы, удобная одежда) выполняет в онтогенезе психологического пространства различные функции.

Основные функции телесности в жизни человека: установление контакта с собственными потребностями и частями тела (самопринятие), установление контакта с окружающей средой (предвосхищение изменений и получение обратной связи), обеспечение базового доверия к миру, развитие субъективности (независимости от среды и ее изменений), возможность исследовательской и конструктивной деятельности, возможность освоение территории, возможность устанавливать длительную, надежную привязанность (Нартова–Бочавер, 2003).

Суверенность территории. В психологии чаще изучается территориальность в узком смысле слова: как та площадь (обычно в домашней среде), которую субъект считает личной и безопасной для себя.

В физическом пространстве личная территория обычно начинает выделяться по мере развития локомоций, когда человек может перемещаться из одной комнаты в другую, самостоятельно открывать дверь, устанавливая, таким образом, границы.

Понятие территориальности было введено впервые в XVII веке английским исследователем Дж. Реем, изучавшим поведение соловья. В этологии, науке об инстинктивных основах поведения (которые не отменяются и у человека как биосоциального существа), многие виды

активности объясняются понятием территориальности: вдобавок к тому, что каждый вид располагается в определенном ареале, отдельные особи закрепляют за собой также «личные» участки территории, площадь которой достаточна для того, чтобы обеспечить себя пропитанием (Абрамова, 1995).

Внутри и вне личной территории особь ведет себя по-разному: наиболее напряженными во взаимодействии оказываются границы, где происходят сражения, которые ведут к пространственному разрежению популяций, обеспечивая каждой особи обладание определенным объектом или территорией, необходимыми для воспроизведения вида. В результате предупреждается совместное пользование такими объектами, которое во многих случаях было бы губительным или, по крайней мере, менее эффективным.

Таким образом, границы отделяют индивидуальную жизнь особи (или частную жизнь, как это принято говорить о людях) от жизни видовой, общественной, причем это отделение эволюционно оправданно, обеспечивая безопасность нормальной жизнедеятельности живого существа (Фетискин, 2002).

Реальное или предполагаемое изменение границ индивидуальной территории служит сигналом для специфического поведения особи: либо защиты посредством агрессивно-оборонительного поведения, либо бегства до места большей безопасности. При этом зоной особой психологической напряженности является граница личной и чужой территории. По мнению К. Лоренца и Н. Тинбергена, эти инстинктивно закрепленные образцы поведения, сложившиеся в течение тысячелетий, продолжают функционировать и у человека, частично трансформировавшись в социальные инстинкты, а частично проявляясь в динамике внутреннего мира личности.

Применительно к поведению человека понятие «личное пространство» было впервые использовано Р. Sommerом, основоположником науки проксемики. Она изучает закономерности пространственного размещения и поведения людей в аспекте переживания ими субъективного комфорта, что достигается благодаря наличию у каждого невидимой пространственной «оболочки». Sommer, однако, рассматривал личное пространство преимущественно территориально и как стабильное образование.

Функции территориальности в жизни человека: обозначение социальной идентичности (статус в группе); возможность контролировать интенсивность социальных контактов; возможность контролировать поток информации; возможность защититься от сверхсильной стимуляции среде и вторжений; возможность конструктивной деятельности; возможность психологической реабилитации (Нартова–Бочавер, 2003).

Суверенность личных вещей. Очень часто усиление контроля над миром личных вещей открывает процесс восстановления самоуважения у женщин, переживших кризис расставания с мужчиной.

У мужчин есть также особо интимные предметы (по наблюдению автора в основном фонари и ножики, в мечтах ружья и пистолет), нечасто используемые знаки самовыражения их «внутреннего ребенка».

Предметы и у взрослых являются текстом, иносказательным сообщением другим людям о себе. Вещи отражают меру самоуважения и духовной развитости субъекта, и многие люди взаимодействуют между собой именно на языке вещей.

Основные функции личных вещей: орудие деятельности; коммуникативные послания; средства самопрезентации; средства поддержания личной и социально идентичности; средства установления контакта с действительностью; средства замещения социальных объектов; ресурс самоподдержки и стихийной психотерапии; маркеры личной территории (Нартова–Бочавер, 2008).

Суверенность временного режима (привычек). Привычки как временная форма владения пространством также являются предметом идентификации человека. В этологии в качестве гомолога привычек, по видимому, может рассматриваться дневной и ночной образ жизни животных на одной и той же территории, благодаря чему они могут избежать соперничества и борьбы. Уважение к привычкам человека выражается в предоставлении ему возможности завершить начатое дело не прерывая его (Нартова–Бочавер, 2008).

Суверенность социальных связей. Отсутствие суверенности в установлении социальных отношений приводит либо к отчужденности, либо к симбиотической зависимости. Можно выделить несколько форм искаженных социальных контактов, которые свидетельствуют о нарушении дистанции. Так, может иметь место насильственное внедрение, когда ребенок или взрослый вынужденно общается с тем, кого он не выбирал. Ощущение, что все кругом – другие, может свидетельствовать о деперсонализации, собственной неуместности в социальных обстоятельствах бытия.

Основные функции суверенности социальных связей: установление отношений психологической интимности; установление сексуальной интимности; выбор референтной группы или значимого другого; развитие самосознания; принятие личной ответственности за отношения с людьми (Нартова–Бочавер, 2003).

Суверенность вкусов и ценностей. Вкусы мы понимаем как выражение пристрастности по отношению к объекту, не жизненно важному, но необходимому для поддержания идентичности. Стремление настаивать на своих вкусах не может быть объяснено одновременно в контексте производимого человеком действия, оно предполагает индивидуализированную интерпретацию (Нартова–Бочавер, 2003).

Развитие суверенности и уточнение границ происходит в течение всей жизни человека, однако, особенно интенсивно эти процессы протекают в дошкольном и подростковом возрасте. В подростковом возрасте суверенность находит свое выражение в стремлении как к социальной, так и территориальной автономии, неприкосновенности своего личного пространства.

Противоположная характеристика суверенности – депривированность, которая проявляется в переживании подчиненности, отчужденности, фрагментарности собственной жизни и характеризуется затруднениями в поиске объектов среды, с которыми человек себя идентифицирует. Отсюда следует, что депривированным пространство будет обозначаться в случае нарушения его границ: недостаточной способности обозначать свои границы (как в материальном, так и в социальном плане), недостаточной дифференцированности в отношениях с другими людьми (Нартова-Бочавер, 2008).

Таким образом, психологическая суверенность является важным показателем состояния границ психологического пространства личности, нарушение которых ведет к проявлению и в то же время причине различных форм психических нарушений. Поэтому в качестве важных составляющих личности для оценки ее психологического состояния можно рассматривать сформированность измерений психологического пространства и состояние психологических границ, их устойчивость.

Литература

1. Абрамова Ю. Т. Психология среды: истоки и направления / Ю. Т. Абрамова // Вопросы психологии. – 1995. – № 2. – С. 130-131.
2. Абульханова-Славская, К. А. Проблема определения субъекта в психологии / К. А. Абульханова-Славская // Субъект действия, взаимодействия и познания. – Москва, Воронеж, 2001. – С. 36-52.
3. Дьяченко М. И. Краткий психологический словарь: Личность образование, самообразование, профессия / М. И. Дьяченко, Л. А. Кандыбович. – Мн.: «Хэлтон», 1998. – 399 с.
4. Ключко А. В. Суверенность личности как основание психологического здоровья / А. В. Ключко, О. М. Краснорядцева // Сибирская психология сегодня. – Кемерово. – 2002. – С. 34-41.
5. Нартова-Бочавер С. К. Понятие «Психологическое пространство личности»: обоснование и прикладное значение / С. К. Нартова-Бочавер // Психологический журнал. – 2003. – № 6. – Т. 24. – С. 37-48.
6. Нартова-Бочавер С. К. Человек суверенный: психологическое исследование субъекта в его бытие. – СПб.: Питер, 2008. – 400 с.
7. Фетискин Н. П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. – С. 193-197.
8. Хухлаева О. В. Основы психологического консультирования и психологической коррекции. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. – 208 с.

ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ У ЛЮДЕЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Н. А. Золотарева, Ю. В. Живаева

*ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ*

В настоящее время можно говорить об общем снижении чувства безопасности и защищенности современного человека. Ситуация угрозы жизни в современном мире все больше становится привычным атрибутом так называемой мирной жизни. Это связано в первую очередь с повышением угрозы физического и иного насилия, террористических актов, техногенных и экологических катастроф. Другими словами, трансординарное существование, по словам М. Ш. Магомед-Эминова, все больше вторгается в ординарное существование, наделяя его чертами аномальности, катастрофичности.

В современной отечественной психологии предпринимаются попытки целостного осмысления личностных характеристик, ответственных а успешную адаптацию и совладания с жизненными трудностями. Это и психологическое наполнение введенного Л. Н. Гумилевым понятия пассионарности представителями Санкт-Петербургской психологической школы, и понятие о личностном адаптационном потенциале, определяющем устойчивость человека к экстремальным факторам, предложенное А. Г. Маклаковым, и понятие о личностном потенциале, разрабатываемое Д. А. Леонтьевым на основе синтеза философских идей М. К. Мардашвили, П. Тиллиха, В. Франкла и Э. Фромма. (Леонтьев, 2006)

Понятие о личностном адаптационном потенциале идет от концепции адаптации и оперирует традиционными для этой научной парадигмы терминами. А. Г. Маклаков считает способность к адаптации не только индивидуальным, но и личностным свойством человека. Адаптация рассматривается им не только как процесс, но и как свойство живой саморегулирующейся системы, состоящее в способности приспосабливаться к изменяющимся внешним условиям. Адаптационные способности человека зависят от психологических особенностей личности. Именно эти особенности определяют возможности адекватного регулирования физиологических состояний. Чем значительнее адаптационные способности, тем выше вероятность того, что организм человека сохранит нормальную работоспособность и высокую эффективность деятельности при воздействии психогенных факторов внешней. (Маклаков, 2003)

Д. А. Леонтьев вводит понятие личностного потенциала, как базовой индивидуальной характеристики, стержня личности. Личностный потенциал, согласно Д. А. Леонтьеву, является интегральной характеристикой уровня личностной зрелости, а главным феноменом личностной зрелости и формой проявления личностного потенциала является как раз

феномен самодетерминации личности. Личностный потенциал отражает меру преодоления личностью заданных обстоятельств, в конечном счете, преодоление личностью самой себя, а также меру прилагаемых им усилий по работе над собой и над обстоятельствами своей жизни.

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. (Леонтьев, 2006)

Теория С. Мадди об особом личностном качестве «*hardiness*» возникла в связи с разработкой им проблем творческого потенциала личности и регулирования стресса. С его точки зрения, эти проблемы наиболее логично связываются, анализируются и интегрируются в рамках разработанной им концепции «*hardiness*». Через углубление аттитудов включенности, контроля и вызова (принятия вызова жизни), обозначенных как «*hardiness*», человек может одновременно развиваться, обогащать свой потенциал и совладать со стрессами, встречающимися на его личностном пути.

В отечественной литературе принято переводить «*hardiness*» как «стойкость» или «жизнестойкость. Согласно Большому англо-русскому словарю, «*hardiness*» – выносливость, крепость, здоровье, устойчивость, смелость, отвага, неустрашимость, дерзкость, наглость. Соответственно «*hardy*» – выносливый, стойкий, закаленный, смелый, отважный, дерзкий, безрассудный; выносливый человек. С учетом широкого контекста и оттенков значения, которое имеет в переводе данное слово, мы считаем целесообразным использование данного термина без перевода. (Леонтьев, 2002)

Понятие «жизнестойкость» отражает, с точки зрения Д. Кошаба и С. Мадди психологическую живучесть и расширенную эффективность человека, а также является показателем психического здоровья человека. Понятие «жизнестойкость» или «стойкость» используется в контексте проблематики совладания со стрессом. Личностное качество жизнестойкости подчеркивает аттитюды, мотивирующие человека преобразовывать стрессогенные жизненные события. Отношение человека к изменениям, как и его возможности воспользоваться имеющимися внутренними ресурсами, которые помогают эффективно управлять ими, определяют, насколько личность способна совладать с трудностями и изменениями, с которыми она сталкивается каждый день, и с теми, которые носят околоэкстремальный и экстремальный характер.

Первой характеристикой аттитудов стойкости, согласно С. Мадди, является «включенность» – 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 включиться в решение жизненных задач, несмотря на наличие стрессогенных факторов и изменений. Жизнестойкость – аттитюд, условно названный «контролем», мотивирует к поиску путей влияния на результаты стрессогенных изменений, в противовес впаданию в состояние беспомощности и пассивности. Это понятие во многом сходно с понятием «локус контроля» А. Роттера. В противоположность чувству испуга от этих изменений, жизнестойкость – аттитюд, обозначенный как «вызов», помогает человеку оставаться открытым окружающей среде и обществу. Он состоит в восприятии личностью события жизни как вызова и испытания лично себе. Суммируя, можно сказать, что жизнестойкость – это особый паттерн установок и навыков, позволяющих превратить изменения в возможности. Это своего рода операционализация введенного П. Гиллихом понятия «мужество быть». (Maddi S., Khoshaba D., 1996)

Кроме аттитюдов, жизнестойкость включает в себя такие базовые ценности, как кооперация, доверие и креативность.

Понятие «жизнестойкость» не тождественно понятию копинг-стратегий, или стратегий совладания с жизненными трудностями. С точки зрения Г. Лазаруса и С. Фолкман, это стратегии, направленные на преодоление жизненных трудностей: стратегию противостоящего совладания, стратегию дистанцирования, стратегию самоконтроля, стратегию поиска социальной поддержки, стратегию принятия ответственности, стратегию избегания, стратегию планового решения проблемы и стратегию переоценки. Во-первых, копинг-стратегии – это приемы, алгоритмы действия, привычные и традиционные для личности, в то время как «жизнестойкость» – черта личности, установка на выживаемость. Во-вторых, копинг-стратегии могут принимать как продуктивную, так и непродуктивную форму, даже вести к регрессу, а «жизнестойкость» – черта личности, позволяющая справляться с дистрессом эффективно и всегда в направлении личностного роста.

Рассмотрим некоторые из исследований феномена «жизнестойкости», имеющие концептуальное отношение к теме данной работы.

Согласно исследованиям Дж. Сикора и И. Солканы, занимавшихся отношениями между жизнестойкостью и напряжением в условиях, индуцирующих тревогу, личности с меньшим уровнем тревожности и высокими показателями жизнестойкости продемонстрировали более слабые физиологические реакции при столкновении с ситуацией стресса. Более высокие показатели вариабельности сердечного ритма, выявленные у людей с высоким уровнем самоконтроля, с точки зрения исследователей, указывают на большую выраженность попыток совладания с ситуацией (задействованность копинг-стратегий).

Ч. Карвер и М. Шейер изучали влияние ожидания результата на физическое благополучие человека. Исследователи связывают диспозиционный оптимизм и здоровье, например, восстановительный период после хирургического вмешательства. Другое исследование показало связь между уровнем враждебности и болезнями сердца. Качество «жизнестойкость» (определенное, как включенность, контроль и вызов), которое может быть связано с оптимизмом, авторы предлагают рассматривать как черту личности, которая является буфером против неблагоприятных физических следствий стресса. Возможно, показатели оптимизма-пессимизма являются медиаторами, хорошего физического состояния через поведенческие механизмы, типа общих копинг-стратегий (стратегий совладания), через воздействия физиологических показателей на кардиоваскулярный реакции, иммунную систему, или через некоторую 3-ю переменную типа социальной поддержки. Авторы также предполагают наличие связи этих показателей с самоэффективностью и выученной беспомощностью. (Ч. Карвер и М. Шейер, 1993)

К. Шарли и соавторы показали, что высокая напряженность деятельности, выраженность черт характера типа А, низкий уровень социальной поддержки, неэффективные копинг-стратегии, и низкий уровень когнитивного компонента жизнестойкости у человека являются показателями, на основе которых можно прогнозировать более низкий уровень физического и психологического здоровья. Мужчины, согласно их исследованию, оказались более здоровыми, чем женщины. Показатель когнитивной жизнестойкости оказался наиболее тесно связан с хорошим общим здоровьем и низким уровнем стресса на работе.

Исследования И. Солковой и П. Томанека, посвящены роли качества «жизнестойкость» в преодолении повседневного стресса. Их исследование показало, что «жизнестойкость» воздействует на ресурсы совладания через повышение самоэффективности. Люди, имеющие высокие показатели «жизнестойкости», имеют большее ощущение компетентности, более высокую когнитивную оценку, более развитые стратегии совладания и испытывают меньше стрессов в повседневной жизни.

Исследование Х. Ли было посвящено взаимосвязи «жизнестойкости» и субъективно уровня здоровья у взрослых. Оказалось, что те респонденты, которые показали более высокий уровень выраженности черт жизнестойкости, ощущают себя более здоровыми психически и социально, но не физически.

Работа С. Сигидды и К. Хасана посвящена воздействию воспоминаний прошлого и их самооцененного воздействия на личностные характеристики, относящиеся к жизнестойкости. Выявлено, что среди воспоминаний тех респондентов, у которых выявлен низкий уровень жизнестойкости, преобладают события, в которых респондент чувствовал, что не управляет событиями, не может принять их вызов. У тех,

у кого был выявлен высокий уровень жизнестойкости, в прошлом имели больше событий, в которых они успешно справлялись с трудностями, принимали вызов, были верными себе. Наиболее информативным, согласно этому исследованию, является восприятие события как несущего вызов и принятие этого вызова личностью.

М. Микулинчер, О. Таубман и В. Флориан в своем исследовании задались вопросом, способствует ли высокий уровень жизнестойкости сохранению психического здоровья в напряженной ситуации. Они рассматривали в этом контексте роль оценки и копинг-стратегий. Исследование показало, что компоненты жизнестойкости (включенность и контроль) оказались прогностичными в отношении психического здоровья. Включенность повысила умственное здоровье, уменьшая оценку угрозы и использование сфокусированных на эмоциях копинг-стратегий, увеличивая роль вторичной переоценки событий. Показатель выраженности контроля положительно повлиял на умственное здоровье, вызвал снижение оценки угрозы события, способствовал переоценке события и стимулировал к использованию копинг-стратегий, ориентированных на решение проблем и поиск поддержки.

С. Барнард, М. Раш и В. Шоел рассматривали психологическую устойчивость (гибкость) в плане стойкости в отношении принуждения к изменениям. Подтверждено, что принуждение к изменениям связано с чувствами напряжения, последующей неудовлетворенности и стремлением избежать изменений. Психологическое качество жизнестойкости оказывает прямое негативное воздействие на стресс и прямое позитивное на чувство удовлетворенности. Роль копинг-стратегий как медиатора взаимоотношений между качествами жизнестойкости и стрессом, не подтвердилась. Воздействие жизнестойкости является значимой альтернативной силой в отношении воздействия фактора принуждения к изменениям на намерения персонала сменить вид деятельности.

Д. Кошаба и С. Мадди рассматривают роль раннего прошлого в жизнестойкости. Личностное качество «жизнестойкость» рассматривается в исследованиях как важный буфер на пути перехода стресса в болезнь. В отношении раннего опыта, лежащего в основе жизнестойкости, науке в настоящее время известно немного. В предпринятом авторами исследовании на основе применения корреляционного и регрессионного анализа выявлена высокая роль в повышении показателей жизнестойкости таких факторов, как компенсирующие семейные стандарты и самовоспитание.

Исследования Дж. Кашани и Дж. Шепарда выявили связь между жизнестойкостью, полом и стрессом с проблемами в здоровье. Молодые мужчины с низким уровнем стресса имели небольшое количество физических и психологических симптомов, вне зависимости от уровня включенности и контроля, мужчины, характеризующиеся высоким уровнем

стресса, испытывали больше проблем. У женщин такой зависимости не обнаружено: компоненты жизнестойкости не имеют связи со стрессом в плане предсказания здоровья у женщин. (Maddi S., Khoshaba D., 1996)

Исследования Д. Кларка посвящены уязвимости к стрессу как функции возраста, пола, локуса контроля, жизнестойкости и характера типа А у студентов. Наиболее информативными в плане предсказания степени уязвимости в отношении стресса оказались такие факторы, как жизнестойкость и возраст. Более уязвимыми оказались те, кто старше, и те, испытуемые, кто имеет более низкую выраженность качества жизнестойкости. Более младшие, а также имеющие большую выраженность качества жизнестойкости, оказались более устойчивыми к воздействию стрессогенных факторов.

Проблеме копинг-процессов как медиаторов взаимосвязи между психологическим качеством «жизнестойкость» и здоровьем посвящено исследование Д. Вибе, П. Вильямс и Т. Смит. Оказалось, что жизнестойкость положительно связана с адаптивными копинг-механизмами и негативно- с дезадаптивными копинг-стратегиями. Сфокусированный на решении проблемы, на поиске поддержки копинг и стратегии избегания оказались медиаторами взаимосвязи между психологическим качеством «hardiness» и показателями здоровья-болезни.

В исследовании Д. Вибе рассматривались жизнестойкость и проблемы ослабления действия стресса. Испытуемые, имеющие более выраженные качества жизнестойкости, продемонстрировали более высокую фрустрационную толерантность, оценивали задачи как менее угрожающие и реагировали на задания более позитивными эмоциями, чем испытуемые, имеющие более низко выраженные качества жизнестойкости. В то же время, у мужчин с высокими показателями жизненной стойкости были сильнее напряжены копинг-механизмы в процессе решения задач, что выражалось в повышении частоты сердечных сокращений. Жизнестойкость, согласно данному исследованию, не оказывает влияния на сердечный ритм у женщин.

Д. Вильямс и Г. Лек исследовали взаимосвязь между социальным интересом, отчуждением в различных сферах жизни (семья, работа, другие и «я») и психологическим качеством «жизнестойкость». Результаты исследования показали, что социальный интерес связан с включенностью во взаимоотношения с другими и в окружающую человека среду, которые являются составной частью психологического качества жизнестойкости, и этот же социальный интерес поощряет человека к использованию активных копинг-стратегий и развитию качеств жизнестойкости.

Согласно исследованию Ч. Никс и С. Нэги, имеется тесная взаимосвязь между поведением, направленным на профилактику болезней и жизнестойкостью: это психологическое качество вносит весомый вклад в адаптивную деятельность человека, помогая снизить риск заболеваний.

К. Олред и Т. Смит изучали реакции людей, обладающих качествами жизнестойкости на угрозу. Они исходили из предположения, что такие личности являются более стойкими в отношении нарушений, связанных со стрессом, благодаря своему адаптивному когнитивному стилю и сниженного уровня физиологического возбуждения. Оценивались когнитивные и физиологические реакции мужчин с высокой и низкой степенью выраженности качества жизнестойкости на задачи (задания) с высокой и низкой степенью угрозы. Как и предполагалось, испытуемые с высокой степенью выраженности качества «жизнестойкость» давали больше позитивных самоотчетов и меньше негативных, чем те, кто имел низкий уровень жизнестойкости в условиях высокого уровня угрозы.

В исследовании Дж. Бэнка и Л. Кэннона, посвященном влиянию жизнестойкости на связь между стрессорами и психосоматической патологией, показано, что субъекты, обладающие более выраженными качествами жизнестойкости, имеют тенденцию испытывать стрессы менее часто и воспринимать мелкие неприятности как менее стрессогенные. Данные свидетельствуют о том, что жизненные события, трудности, препятствия тесно связаны с болезненными симптомами. Хотя сами события жизни содержат свою долю разнообразных трудностей, трудности и препятствия вносят свой вклад сверх и вне жизненных событий в прогноз соматических симптомов.

В статье Д. Кошаба и С. Мадди «Жизнестойкость и психическое здоровье» исследуется взаимосвязь этих показателей у студентов с использованием опросника личных взглядов, методики оценки негативной аффективности и Миннесотского Многофакторного личностного опросника. Шкалы ММРІ продемонстрировали негативную связь с показателями опросника личных взглядов, отражающего такие качества жизнестойкости, как самоощущение включенности, контроля и вызова. Авторы делают вывод, что жизнестойкость может отражать общий знаменатель психического здоровья человека.

С. Ханг рассматривает взаимосвязь психологического качества «жизнестойкость» и стресса. Индивидуальные и семейные черты жизнестойкости являются ресурсами противостояния стрессу. Они включают в себя контроль, вызов, включенность и доверие. Люди с высокой степенью выраженности качеств жизнестойкости имеют большую вероятность остаться здоровыми и воспринимать жизненные изменения как положительные и содержащие вызов, путем когнитивной оценки. Жизнестойкость облегчает семейную адаптацию. Понятие о семейной жизнестойкости с точки зрения автора, необходимо сделать составной частью теории семейного стресса.

Большое количество исследователей рассматривает жизнестойкость в связи с проблемами преодоления стресса, адаптации-дезадаптации

в обществе, физическим, психическим и социальным здоровьем. Сам С. Мадди рассматривает открытый им феномен гораздо шире, включая его в контекст социальной экологии, считая, что это качество является основой жизнестойкости не только индивидуальной, но и организационной. Развитие личностных установок, включаемых им в понятие «жизнестойкость», могло бы стать основой для более позитивного мироощущения человека, повышения качества жизни, превратить препятствия и стрессы в источник роста и развития. А главное – это тот фактор, внутренний ресурс, который подвластен самому человеку, это то, что он может изменить и переосмыслить, то, что способствует поддержанию физического, психического и социального здоровья, установка, которая придает жизни ценность и смысл в любых обстоятельствах. С нашей точки зрения, речь в изложенных концепциях идет не о разных подходах к проблеме психологической устойчивости и жизнестойкости человека, а о разных уровнях анализа этого процесса: от адаптации к самодетерминации и реализации своего жизненного предназначения. (Maddi S., Khoshaba D., 1996).

Проблема данной темы определяется возрастающими потребностями нашего общества в поисках путей создания благоприятных условий для максимального развития личности, эффективности ее жизненного пути в условиях стрессовой, кризисной жизненной ситуации. Вопрос построения собственной жизни, ее управляемость или зависимость от обстоятельств будет всегда волновать человека, особенно когда его физическое состояние нарушено, человек болен. Особенностью отношения к окружающей действительности людей при заболевании туберкулезом является консерватизм, сопротивление переменам, склонность к морализаторству и нравочужению, а также более низкий эмоциональный тонус по сравнению с соматически здоровыми. При хронизации процесса более выражена эмоциональная нестабильность, вялость и апатичность, недисциплинированность, прямолинейность в отношениях, а также конкретность и ригидность мышления. Более низкой является толерантность к фрустрациям.

Выборку данного исследования представили больные туберкулезом: мужчины (16 человек) и женщины (19 человек), возраст от 28 до 60 лет, находящиеся на лечении в ЦРБ г. Енисейска. Эксперимент проводился на территории Центральной Районной Больницы, города Енисейска в отделении фтизиатрии. Испытуемые находились на стационарном лечении. В проведении эксперимента помогали медсестра данного отделения. В качестве диагностического инструментария для изучения жизнестойкости у исследуемых, мы использовали методику «Тест жизнестойкости» Д. А. Леонтьева, Е. И. Рассказовой. В результате проведения психодиагностического исследования, нами были получены следующие показатели жизнестойкости:

Результаты исследования по шкале «Вовлеченность» свидетельствуют о том, что в исследуемой нами выборке не выявлены высокие баллы. Для 41 % исследуемых характерно то, что они не склонны включаться в решение жизненных задач, ссылаясь на наличие стрессогенных факторов и изменений, которые они не в силах преодолеть по тем или иным причинам (у них выявлены низкие показатели).

По данным шкалы «Контроль», мы можем констатировать, что для 42,88 % 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 впадать в состояние беспомощности и апатии. В исследуемой нами выборке для 57,12 % исследуемых, у которых выявлены средние баллы, свойственно то, что они ориентированы на объективное оценивание и снижение угрозы события или уменьшение выраженности стрессогенных факторов.

По данным шкалы «Принятие риска», можно констатировать тот факт, что: у большинства исследуемых выявлены средние и низкие показатели (47 % – низкие показатели) и для них характерно то, что они не рассматривают жизнь как способ приобретения опыта, не готовы действовать в отсутствие надежных гарантий успеха, на свой страх и риск, считая стремление к простому комфорту и безопасности обедняющим их жизнь. Испытуемых, получивших высокие баллы выявлено не было.

Способы поведения в трудных жизненных ситуациях имеют индивидуальный характер и у взрослого человека становятся устойчивыми личностными образованиями, основу которых составляют психологические механизмы самоконтроля и саморегуляции. Складываться они начинают в детском возрасте, в ходе активного освоения ребенком окружающей действительности. Однако развитие это не происходит автоматически, по мере взросления. Решающая роль в этом принадлежит индивидуальному опыту человека по преодолению жизненных трудностей, а также особенностям его личности, темперамента. В силу этих причин, приобретаемые способы поведения в трудных жизненных ситуациях могут обладать разной конструктивностью.

Сущность конструктивных способов поведения состоит в том, что они позволяют овладеть трудной жизненной ситуацией, действиями активными, сознательными, целенаправленными и адекватными в отношении как объективных условий ситуации, так собственных возможностей. При этом, в зависимости от обстоятельств, усилия могут быть направлены либо на изменение условий ситуации, либо на активизацию и развитие собственных способностей и возможностей. Неконструктивные же способы поведения позволяют в лучшем случае лишь отодвинуть на время решение проблемы, не устраняя порождающих ее причин, или же ведут к дезорганизации деятельности.

Литература

1. Леонтьев, Д. А. Тест жизнестойкости. – М.: Смысл, 2006. – 63 с.
2. Леонтьев, Д. А. Личностное в личности: личностный потенциал как основа самодетерминации / Ученые записки кафедры общей психологии МГУ им. М. В. Ломоносова. Вып. 1 / под ред. Б. С. Братуся, Д. А. Леонтьева. М.: Смысл, 2002. – 325 с.
3. Слободчиков, В. И. Психология развития человека / В. И. Слободчиков, Д. Н. Исаев – М.: «Школьная пресса», 2000. – 416 с.
4. Теории личности / Хьелл Л., Зиглер Д. – 3-е изд. – СПб.: Питер, 2003. – 608 с.
5. Формирование у больных туберкулезом стимулов к выздоровлению и соблюдение режима химиотерапии. Пособие для врачей / к. м. н. Е. М. Богородская, к. м. н. И. Д. Данилова, О. Б. Ломакина – М.: 2006.
6. Шевеленкова, Т. д. Исследование личностного способа существования человека в современном мире (опыт гуманистического направления в зарубежной психологии) / Сб.: Психология личности в условиях социальных изменений – М., Институт психологии РАН, 1993. – С. 21-37.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПОДРОСТКОВ КАК АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОСТИ

А. В. Измайлова

*Лесосибирский педагогический институт – филиал
федерального государственного автономного образовательного
учреждения высшего профессионального образования
«Сибирский федеральный университет»*

В последнее время заметен значительный рост самоубийств среди подростков, наша страна сейчас находится в лидерах по этой проблеме. В этом году ЮНИСЕФ проводят исследование и пытаются понять, почему так происходит. Следственный комитет России бьет тревогу над шокирующими данными: в 2010 году было зарегистрировано 798 случаев самоубийств несовершеннолетних, в 2011 году – 896, а уже в первом полугодии 2012 – было выявлено 532 случая. Можно предположить, что к концу года эта цифра значительно увеличится (Козлова, 2012).

В связи с актуальностью проблемы цель нашего исследования – изучение склонности к суицидальному поведению у подростков.

Особое внимание проблематике суицида среди молодежи уделяла Е. М. Вроно. Она дает следующие определение суициду: «Суицид – это уход, уход от решения проблемы, от наказания и позора, унижения и отчаяния, разочарования и утраты, отвергнутости и потери самоуважения... словом, от всего того, что составляет многообразие жизни, пусть и не в самых радужных ее проявлениях» (Вроно, 1989). Е. М. Вроно подчеркивает мысль о том, что суицид не передается по наследству, но существует некий «фактор внушения» (Вроно, 1994).

Проанализируем точки зрения отечественных и зарубежных психологов к феномену «суицидальное поведение».

По мнению Амбрумовой А. Г., суицидальное поведение – это следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта и является одним из видов общеповеденческих реакций человека в экстремальных ситуациях по всему диапазону диагностических вариаций – от психической нормы до выраженной патологии. А. Г. Амбрумова предлагает структуру суицидального поведения, которая включает в себя следующие внутренние формы: суицидальные мысли, представления, переживания, а также суицидальные тенденции, которые подразделяются на замыслы и намерения (Амбрумова, Тихоненко, 1978).

Французский социолог Эмиль Дюркгейм, определял суицидальное поведение как намеренное лишение себя жизни (Дюркгейм, 1994).

Н. В. Конончук выделяет следующие факторы, которые увеличивают риск суицида среди подростков:

- психологический беспорядок, особенно депрессия, биполярный беспорядок, а также употребление алкоголя и наркотиков (около 95 % подростков заканчивающих жизнь самоубийством имеют психологическое расстройство на момент совершения самоубийства);
- чувство огорчения, раздражительности, или возбуждения;
- чувство безнадежности и бесполезности, эти чувства часто сопутствуют депрессии (например, подростки, которые постоянно испытывают неудачи в школе, подвергаются насилию дома, или изолированы от своих сверстников);
- совершавшие ранее попытки к самоубийству;
- генетическая склонность к депрессиям и суициду (действительно депрессивные расстройства могут иметь генетический компонент, так многие подростки уже склонные к определенным видам депрессивным расстройствам);
- физические или сексуальные домогательства;
- недостаток поддержки общества, слабые отношения с семьей и сверстниками;
- имеющие дело с гомосексуальностью в обществе или враждебной школьной среде (Ефремов, 2004).

Тетерина Т. Л выделила характерные личностные особенности человека, склонного к суициду, к ним относятся:

1. Низкий или заниженный уровень самооценки, неуверенность в себе;
2. Высокая потребность в самореализации;
3. Высокая значимость теплых, эмоциональных связей, искренности взаимоотношений, наличия эмпатии, понимания и поддержки со стороны окружающих;
4. Трудности при принятии решения;
5. Высокий уровень тревожности, снижение уровня оптимизма и активности в ситуации затруднений;

6. Тенденция к самообвинению, преувеличение своей вины;
7. Низкая самостоятельность;
8. Недостаточная социализация, инфантильность, незрелость личности (Тетерина, 2007).

Взрослым, зачастую бывает трудно вспомнить, каково это быть подростком, находящимся между детством и взрослой жизнью. Безусловно, это период огромных возможностей для самореализации, но также и время беспокойств и переживаний. Давление со стороны общества, трудности в школе, половое созревание, становление личности (Исаев, 2000).

Отечественными учеными был выявлен ряд признаков суицидального поведения, к ним относят:

1. Уход в себя – стремление побыть наедине с собой естественно и нормально для каждого человека. Но здесь нужно быть внимательным когда замкнутость и обособление становятся глубокими и длительными, когда подросток уходит в себя, сторонится вчерашних друзей и товарищей.

2. Капризность, привередливость – когда настроение у подростка чуть ли не ежедневно колеблется между возбуждением и упадком, налицо причина для тревоги. Существуют веские свидетельства, что подобные эмоциональные колебания являются предвестниками смерти.

3. Депрессия – это глубокий эмоциональный упадок, который у каждого человека проявляется по-своему. Некоторые становятся замкнутыми, уходят в себя, но при этом маскируют свои чувства настолько хорошо, что окружающие долго не замечают перемен в их поведении. Единственный путь в таких случаях – прямой и открытый разговор с подростком.

4. Агрессивность – многим актам самоубийства предшествуют вспышки раздражения, гнева, ярости, жестокости к окружающим. Нередко подобные явления оказываются призывом суицидента обратить на него внимание, помочь ему. Однако подобный призыв обычно дает противоположный результат – неприязнь окружающих, их отчуждение. Вместо внимания человек добивается осуждения со стороны товарищей.

5. Нарушение аппетита – отсутствие его или, наоборот, ненормально повышенный аппетит тесно связаны с саморазрушающими мыслями и должны всегда рассматриваться как опасный для жизни недуг.

6. Раздача подарков окружающим – некоторые подростки, планирующие суицид, предварительно раздают близким и друзьям свои вещи. Специалисты по суициду утверждают, что эта зловещая акция – прямой предвестник грядущего несчастья.

7. Психологическая травма – каждый человек имеет свой индивидуальный эмоциональный порог. К нему может привести крупное эмоциональное потрясение или цепь мелких травмирующих переживаний, которые постепенно накапливаются. Расставание с родными, домом, привычным укладом жизни, столкновение со значительными физическими и моральными нагрузками, свойственными учебе в вузе, незнакомая

обстановка и атмосфера могут показаться молодому человеку трагедией его жизни. Если к этому добавляется развод родителей, смерть или несчастье с кем-либо из близких, личные невзгоды, у него могут возникнуть мысли и настроения, чреватые суицидом.

8. Перемены в поведении. Внезапные, неожиданные изменения в поведении человека должны стать предметом внимательного наблюдения. Когда сдержанный, немногословный, замкнутый подросток неожиданно для окружающих начинает много шутить, смеяться, болтать, стоит приглядеться к нему. Такая перемена скорее свидетельствует о глубоко переживаемом одиночестве, которое человек стремится скрыть под маской веселья и беззаботности.

Другим тревожным симптомом является снижение энергетического уровня, усиление пассивности, безразличия к общению, жизни.

9. Угроза. Любое высказанное стремление уйти из жизни должно восприниматься серьезно. Наиболее часто оно выражается словами: «Вы будете виноваты в моей смерти», «Вы еще пожалеете обо мне», «Я не хочу жить среди вас» и т. п. Эти заявления можно интерпретировать как прямое предупреждение о готовящемся самоубийстве. В таких случаях нельзя допускать черствости, агрессивности к суициденту, которые только подтолкнут его к исполнению угрозы. Напротив, необходимо проявить выдержку, спокойствие, предложить ему помощь, консультацию у специалистов.

10. Активная предварительная подготовка: приобретение отравляющих веществ и лекарств, рисунки с гробами и крестами, разговоры о суициде как о легкой смерти, посещение кладбищ и красочные о них рассказы, частые разговоры о загробной жизни (Погодин, 2005).

Суицидальное поведение необходимо уметь распознавать для своевременного оказания психологической помощи подростку.

Нами было проведено экспериментальное исследование, направленное на изучение склонности к суицидальному поведению у подростков.

Для исследования мы выбрали следующие методики: «опросник Г. Шмишека» и «Опросник суицидального риска» (модификация Т. Н. Разуваевой).

Экспериментальное исследование проводилось на базе МКОУ СОШ № 4 г. Лесосибирска. В исследовании по изучению склонности к суицидальному поведению при различных типах акцентуаций характера принимали участие 42 человека (подростки 12-14 лет), из них – 23 девочки и 19 мальчиков.

С целью изучения акцентуаций характера у подростков, мы провели опросник Г. Шмишека, в результате интерпретации которого были получены следующие данные:

- большинство подростков имеют гипертимический тип акцентуаций характера (45 % испытуемых). Они отличаются повышенным

настроением, повышенной двигательной активностью, повышенной психической активностью, оптимизмом, жизнерадостностью, инициативностью, предприимчивостью и легкомыслием. Такие подростки стремятся к лидерству, но хотят быть лишь неформальными лидерами. Они склонны к неморальным поступкам, несерьезным отношением к обязанностям. Суицидальные проявления у них проявляются в склонности к риску, пренебрежении опасностью, которые сочетается так же со стремлением к лидерству. Такое стремление к лидерству у гипертимичных подростков может служить реальной опасностью для их жизни и здоровья.

- следующими по степени выраженности идут подростки с экзальтированной акцентуацией характера – 9,5 %. Они склонны к суицидальному поведению аффективного типа.
- было выявлено по 7,1 % подростков с циклотимической, демонстративной, тревожной акцентуациями характера. Суицидальные действия обычно совершаются подростками с циклотимным типом акцентуаций – так как в сложных жизненных ситуациях такие подростки чувствуют себя никчемными и неполноценными. Подросткам с демонстративным типом акцентуаций характера присущи демонстративные суицидальные действия. Никакого намеренного желания умереть у них нет. Они стремятся лишь произвести впечатление на окружающих. Подростки с тревожным типом акцентуаций, чаще всего наносят себе порезы и ожоги.
- меньше всего в нашем исследовании выявлено подростков с эмотивным типом акцентуаций характера – по 4,7 % испытуемых (т. е. 2 человека). Такие подростки склонны к суицидальному поведению аффективного типа. Они быстро принимают решение и быстро его осуществляют. Мотивом этих действий служит не столько желание умереть, сколько сделать с собой что-то из-за невозможности пережить данное событие.
- не было выявлено подростков с застревающей, педантической, возбудимой, дистимической акцентуацией характера.
- испытуемых у которых более одной акцентуации – 16,6 % (7 человек).

Анализируя данные, полученные с помощью опросника суицидального риска, мы выявили, что число учащихся с повышенным уровнем суицидального риска составляет 4,7 % (двое учащихся). Кроме того, низкий уровень суицидального риска выявлен у 19 % учащихся (8 человек). Отметим, что пониженный уровень представлен у 69 % учащихся (29 человек), средний уровень суицидального риска выявлен у 7,1 % учащихся (3 человека).

Проанализировав результаты по отдельным шкалам опросника, мы отмечаем, что высоких показателей по шкале «Демонстративность» выявлено не было. У учащихся не выражена тенденция к демонстративности.

Были выявлены высокие показатели по шкале «Аффективность» у 9,5 % учащихся, такие подростки способны реагировать на психотравмирующую ситуацию эмоционально.

По шкалам «Уникальность» и «Несостоятельность» не выявлено высоких показателей, это свидетельствует о том, что у учащихся не выражена тенденция к уникальности, но при этом, у учащихся выявлена положительная концепция собственной личности.

По шкале «Социальный пессимизм» получены следующие данные:

- повышенный уровень у 16,6 % (7 человек) – у таких учащихся ярко выражена отрицательная концепция окружающего мира.
- средний уровень у 39,9 % учащихся (13 человек) характеризуются умеренной тенденцией к социальному пессимизму.
- пониженный уровень у 26,1 % (11 человек) учащихся.
- низкий уровень у 26,1 % (11 человек).

По шкале «Слом культурных барьеров» выявлен повышенный уровень у 16,6 % учащихся (7 человек). Эти учащиеся характеризуются поиском культурных ценностей и нормативов, оправдывающих суицидальное поведение и делающих его в какой – то мере привлекательным.

Отметим, что по шкале «Максимализм» высокий показатель представлен у 2,3 % (1 человек). У данного испытуемого выражен инфантильный максимализм ценностных установок, а также явно выражена аффективная фиксация на неудачах. У испытуемого прослеживается тенденция распространения происходящего с ним конфликта на все сферы своей жизни.

По шкале «Временная перспектива» высокие показатели выявлены у 4,6 % учащихся (2 человека). Данные испытуемые характеризуются тем, что не могут конструктивно планировать свое будущее, данная тенденция может быть вызвана следствием сильной погруженности в настоящую ситуацию, трансформацией чувства неразрешимости текущей проблемы в глобальный страх неудач и поражений в будущем.

По шкале «Антисуицидальный фактор» определены высокие показатели у 11,9 % учеников (5 человек). Данные учащиеся понимают чувство ответственности за своих близких, чувство долга. У них ярко выражено представление о греховности самоубийства, они боятся боли и физических страданий. Низкий показатель по данной шкале был выявлен у 35,7 % учащихся (15 человек). Данный факт свидетельствует о том, что у учащихся отсутствует чувство ответственности за свою жизнь и чувство долга перед близкими.

Таким образом, мы можем говорить о заметном росте числа суицидов в среде подростков. Сегодня Россия занимает третье место по количеству подростковых суицидов. В связи с этим, мы видим необходимость проводить в школах своевременную диагностику склонности к суицидальному поведению и различные занятия с подростками по профилактике суицидов. Учителям и родителям нужно внимательно следить

за подростком, видеть те изменения, которые с ним происходят, общаться с подростком, помогать ему в решении каких-либо происходящих в его жизни конфликтах.

Литература

1. Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А. Суицид, как феномен социально-психологической дезадаптации личности // Актуальные проблемы суицидологии. В сб.: Труды Московского НИИ психиатрии МЗ РФ. – М., 1978. – С. 6-28.
2. Бердяев Н. О самоубийстве. – М., 1992.
3. Бирюшев Р. Р. Некоторые аспекты исследования агрессивного и делинквентного поведения подростков // Менеджмент в образовании. – 1997. – № 3. – С. 15-20.
4. Вроно Е. М. Что толкает в петлю // Деловой мир. – 1994. – № 5. – С. 30.
5. Вроно Е. М., Рагинова Н. А. Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии. О возрастном своеобразии аутоагрессивного поведения у психически здоровых подростков: сборник научных трудов. – М.: Сфера, 1989. – 125 с.
6. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации / Сост. А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко. – М., 1980.
7. Дюркгейм Э. Самоубийство (социологический этюд). – М.: Мысль, 1994. – 412 с.
9. Ефремов В. С. Основы суицидологии. – СПб.: Диалект, 2004. – 480 с.
10. Исаев Д. С., Шерстнёв К. В. Психология суицидального поведения. – Самара, 2000. – 72 с.
11. Козлова Н. А. Я ухожу от вас // Российская газета. – 2012. – № 245.
12. Погодин И. А. Психология суицидального поведения. – Мн., 2005.
13. Тетерина Т. Л. Проблема суицида в юношеском возрасте // Школьный психолог. – 2007. – № 13. – С. 25-34.

САМОПРИНЯТИЕ ЛИЧНОСТИ КАК УСЛОВИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

М. С. Майбородова, С. М. Колкова

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ

В современном мире существует проблема психологического здоровья каждого человека в отдельности и, как следствие, психологического здоровья в масштабах социума. Этой проблеме посвящены научно-практические конференции, множество научных работ. Ярким примером является статья С. А. Богомаза «Психологическое здоровье, его критерии и оценка». Современный ритм жизни не очень способствует формированию и поддержанию психологического здоровья, ведь постоянными спутниками человека стали стрессы, высокая нагрузка, как физическая, так и психологическая. Из этого вытекает актуальность данной работы: статья посвящена самопринятию личности, как одному из важнейших условий психологического здоровья человека.

Под термином «психологическое здоровье человека» мы понимаем психологическое здоровье как оптимальное функционирование всех

психических структур, необходимых для текущей жизнедеятельности, а также наличие гармоничной связи и здоровых отношений личности с социумом.

Самопринятие мы рассматриваем как отношение к себе, своим особенностям без оценочной окраски – как к данности. По определению С. Л. Братченко и М. Р. Мироновой принятие себя означает признание себя и безусловную любовь к себе, отношение к себе как к личности, достойной уважения, способной к самостоятельному выбору, веру в себя и свои возможности, доверие к собственной природе, организму. Принятие себя способствует адекватной самооценке, эмоциональной стабильности и душевному здоровью (Братченко, Миронова, 1997).

По мнению Д. А. Леонтьева, самопринятие является частью более широкого понятия – самоотношения. Наиболее поверхностным проявлением самоотношения выступает самооценка – общее положительное или отрицательное отношение к себе. Однако просто одним знаком самоотношение не опишешь. Во-первых, следует различать самоуважение – отношение к себе как бы со стороны, обусловленное какими-то моими реальными достоинствами или недостатками, и самопринятие как непосредственное эмоциональное отношение к себе, не зависящее от того, есть ли во мне какие-то черты, объясняющие это отношение. Нередко встречается высокое самопринятие при сравнительно низком самоуважении или наоборот. Во-вторых, не менее важными характеристиками самоотношения, чем его оценочный знак, являются степень его целостности, интегрированности, а также автономности, независимости от внешних оценок (Леонтьев, 1993)

Психологическими механизмами развития безусловного самопринятия являются:

- осознание истинных эмоциональных состояний и собственных бессознательных форм реагирования;
- принятие собственных реально действующих мотивов.

Самопринятие личности является одним из важнейших критериев психологического здоровья человека. Человек, не способный принимать себя таким, каков он есть, обычно имеет сложные отношения с окружающим миром, ведь принятие себя – необходимое условие для способности принимать других, принимать действительность вокруг. Карл Роджерс пишет об этом так: «Я нахожу, что добиваюсь большего успеха в отношениях с другими людьми, когда я могу воспринимать себя и быть самим собой, принимая себя таким, каков я есть. Я чувствую, что за прошедшие годы я научился более адекватно воспринимать себя, что я знаю гораздо лучше, чем раньше, что я чувствую в любой данный момент. Я способен понять, что я злюсь, или что действительно отвергаю данного человека, или что мне скучно и неинтересно то, что происходит, или что мне хочется понять этого человека, или что меня охватывает беспокойство и страх при общении

с этим человеком. Все эти друг от друга отличающиеся отношения и чувства я могу услышать в себе. Можно сказать, я чувствую, что с большим успехом давал себе возможность быть таким, какой я есть. Мне стало легче принимать себя как несовершенного человека, который, конечно, вовсе не действует во всех случаях так, как бы он хотел», (Роджерс, 1994).

Необходимо отметить, что человеческая личность развивается в социуме, это неизбежно, и потому говорить о психологическом здоровье личности, имеющей напряженные отношения с окружающим обществом, предъявляющей к нему завышенные требования, которые не могут быть удовлетворены, не представляется возможным.

В то же время, говоря об отношениях человека с окружающими людьми в свете самопринятия личности, стоит привести еще одну цитату Карла Роджерса: «Из принятия себя таким, как я есть, вытекает другое следствие – отношения с другими приобретают реальность. Реальные отношения удивительно жизненны, они полны смысла. Если я принимаю то, что этот клиент или студент наводит на меня тоску или раздражает, тогда более вероятно, что я смогу принять его ответные чувства. Я также смогу принять возникающие изменения моего опыта и его чувства. Реальные отношения обычно скорее изменяются, чем остаются статичными.

Поэтому я считаю, что полезно разрешить себе быть самим собой в отношениях с людьми, знать, когда я достигаю предела терпения, и принять это как факт; знать, когда я жажду формировать людей или манипулировать ими и также принять это как факт моего внутреннего опыта. Я бы хотел принимать такого рода чувства так же, как я принимаю чувства теплоты, интереса, дозволенности, доброты, понимания, которые также являются частью меня самого. Именно когда я принимаю все эти отношения как факт, как часть самого себя, тогда мои отношения с другими людьми становятся тем, чем они действительно являются, и они способны быстро развиваться и изменяться» (Роджерс, 1994).

Таким образом, можно говорить о том, что самопринятие личности, принятие человеком себя таким, каков он есть, является очень важным аспектом психологического здоровья, так как приводит к здоровым, приносящим удовлетворение отношениям с собой и с социумом.

Человек, который обладает высоким самопринятием, по мнению Р. Кочюнаса, отличается следующими особенностями поведения:

1. Он очень верит в определенные ценности и принципы и хочет защищать их даже при сильном противостоянии группы. Он чувствует себя достаточно личностно защищенным. Поэтому он может менять свои взгляды и ценности, если опыт и доказательства показывают, что они ошибочны.
2. Он способен действовать согласно своим убеждениям, не чувствуя вины и не сожалая о своих действиях и в том случае, когда другие люди не одобряют того, что он сделал.

3. Он не очень сильно беспокоится о том, что будет завтра, что было в прошлом или происходит в настоящем.
4. У него есть уверенность, что он может решить свои проблемы, даже если сталкивается с неудачами или препятствиями.
5. Он чувствует себя равным среди людей – не выше и не ниже их, независимо от различий в способностях, в происхождении или в их отношении к нему.
6. Он принимает как само собой разумеющееся, что он интересен и ценен для других, по крайней мере, для тех, с кем он общается.
7. Он может принимать похвалу, не прикрываясь ложной скромностью, и выслушивать комплименты, не чувствуя себя виноватым.
8. Он обычно сопротивляется попыткам других людей управлять собой.
9. Он может принять мысль и признать перед другими, что способен чувствовать широкий спектр побуждений и желаний от ненависти до любви, от печали до счастья, от чувства глубокого осуждения до чувства полного принятия.
10. Он способен наслаждаться множеством занятий: работой, игрой, любимым делом, дружбой или бездельем.
11. Он чувствителен к нуждам других, к принятым социальным правилам и особенно разделяет мысль о том, что нельзя наслаждаться за счет других людей (Кочюнас, 2004).

Проанализировав и преобразовав эти суждения в психологической портрет личности, принимающей себя, можно сказать, что в человеке с оптимально развитым самопринятием будут сильно выражены вера в свои силы и возможности, доверие к себе и к миру, независимость, честное отношение к себе, стремление к искренности в проявлении чувств, предоставление себе права быть таким, как есть, искреннее предоставление права другим иметь иную точку зрения (т. е. искреннее предоставление права другим быть самими собой). Слабо будут выражены страх, тревожность, боязнь неуспеха, боязнь негативной оценки, доминирование чувства вины, выраженная мотивация достижения, ориентация на внешнюю оценку, внешние нормы.

Особую важность проблема принятия себя приобретает в рамках подготовки специалистов «помогающих» профессий – врачей, психологов, педагогов.

Оказывая различные виды помощи людям, эти специалисты посредством должны создать такой психологический климат, который поможет человеку в решении его проблем (будь то проблемы медицинского, психологического или учебного характера, разнообразные проблемы развития), раскрытия собственной личности, обретении душевного равновесия. Это требует от врачей, психологов, педагогов и др. эмпатии по отношению к человеку, способности понять и принять его таким,

каков он есть. Это возможно, когда специалист искренен по отношению к самому себе, осознает свои чувства, свои качества, принимает себя в целостности своих проявлений, открыт собственному опыту, т. е. представляет собой зрелую личность.

Из вышесказанного вытекает тот факт, что профессиональное развитие специалистов, которым предстоит оказывать помощь людям, неотделимо от развития личностного. В идеале самопринятие у них должно развиваться еще во время обучения в ВУЗе, чтобы в условиях высокого ритма современной жизни такие специалисты могли наиболее эффективно помочь людям сохранить здоровье, как психологическое, так и физическое, помочь им в развитии.

С целью более подробного изучения этого вопроса было проведено исследование среди студентов первого курса факультета клинической психологии Красноярского Государственного Медицинского Университета. Задачей данного исследования было изучение степени сформированности самопринятия у студентов-психологов.

В этом исследовании приняли участие 29 человек (среди них 21 девушка в возрасте от 17 до 18 лет и 8 юношей в возрасте от 18 до 23 лет). Данная выборка составляет примерно 61 % от общего числа студентов первого курса. В ходе исследования участникам были предложены две тестовые методики, а именно – шкала принятия себя из опросника личностной ориентации (ЛИО) и шкала самопринятия из методики по изучению самооотношения В. В. Столина.

По результатам проведенного исследования было выявлено преобладание низких и средних значений по шкале Sa опросника ЛИО. Данная шкала диагностирует степень принятия человеком себя таким, как есть, вне зависимости от оценки своих достоинств и недостатков, возможно, вопреки последним. Диапазон полученных по этой шкале стенов – от 32 до 63. Таким образом, можно утверждать, что сформированность самопринятия у студентов факультета клинической психологии, вошедших в выборку, находится на уровне ниже среднего или же на среднем уровне.

Также обнаружена некоторая корреляция степени самопринятия у студентов с полом – юноши, принимавшие участие в исследовании, показали более высокую степень принятия себя, нежели девушки (100 % юношей набрали более 51 стена, в то время как среди девушек более 51 стена набрали всего 33 %). Это представляется нам довольно тревожным знаком, так как в данной профессиональной области наблюдается преобладание специалистов женского пола, и в то же время более психологически здоровыми и устойчивыми показывают себя как раз будущие психологи-мужчины. Для улучшения данной ситуации нам кажется целесообразным проведение различных мероприятий, направленных на поднятие уровня психологического здоровья как среди студентов,

обучающихся по специальности «Клиническая психология», так и среди студентов других специальностей в профилактических целях.

В ходе исследования также были выявлены некоторые иные признаки психологического нездоровья среди студентов-психологов. Так, несмотря на анонимность тестирования, в некоторых работах встречаются попытки как-либо оправдать свой ответ (например, сослаться на внешние обстоятельства, вынуждающие так поступать), что может свидетельствовать о внешнем локусе контроля у данных студентов.

По шкале самопринятия опросника В. В. Столина участники исследования продемонстрировали преобладание средних показателей. Количество стенов, набранных студентами, колеблется от 2 до 9. Наиболее распространенный в данной выборке результат – 5 стенов. Также можно говорить о некоторой связи результатов тестирования с полом, т. к. юноши продемонстрировали наиболее высокие показатели (от 5 до 9 стенов, тогда как результаты девушек колеблются от 2 до 8 стенов).

Полученные нами результаты могут говорить о том, что студенты первого курса факультета клинической психологии не принимают себя такими, каковы они есть, то есть, безусловное самопринятие у них не сформировано в должной степени. Это открывает им простор для роста и саморазвития, так как безусловное самопринятие является необходимым качеством для специалиста, которому предстоит помогать людям, и сформироваться оно должно еще в течение обучения в ВУЗе.

Подводя итоги, можно утверждать, что связь между самопринятием личности и психологическим здоровьем прослеживается в работах многих ученых. Самопринятие является одним из важнейших условий психологического здоровья человека. Человек, принимающий себя таким, каков он есть, способен понять и принять других людей, окружающих его, способен выстроить гармоничные отношения с этими людьми и, что немаловажно – гармоничные отношения с собой. Этот человек гораздо более устойчив к негативным воздействиям окружающей среды, способен более эффективно противостоять стрессу, что немаловажно для сохранения психического здоровья, психического равновесия. Человек с развитым самопринятием гораздо более успешен в условиях меняющегося мира, ему проще понять и принять эти перемены, оставаясь при этом гармоничной личностью. Он испытывает удовлетворение уже от того, что живет и способен получать удовольствие от своей жизни, не предъявляет завышенных и невыполнимых требований к миру и к себе, что способствует более успешному преодолению жизненных трудностей, позитивному настрою, адекватному взгляду на жизнь. Можно говорить о том, что все психические структуры у принимающего себя человека функционируют оптимально для поддержания текущей жизнедеятельности, то есть, он психологически здоров и настроен на сохранение своего психологического здоровья.

Литература

1. Богомаз С. А. Психологическое здоровье, его критерии и оценка / С. А. Богомаз, А. Г. Гладких // Материалы Международной научно-практической конференции «Психологическое здоровье подрастающего поколения: проблемы и пути решения» (г. Астрахань, 19-20 ноября 2009 г. – Астрахань: Издательский дом «Астраханский университет»), 2009. – С. 31-34.
2. Братченко С. Л., Миронова М. Р. Личностный рост и его критерии // Психологические проблемы самореализации личности / Под ред. А. А. Крылова, Л. А. Коростылевой. – СПб.: Издательство С. – Петербургского университета, 1997. – С. 44.
3. Колкова С. М. Безусловное самопринятие как фактор развития гуманистических качеств личности будущих психологов: Дис... канд. психол. наук / С. М. Колкова. – Красноярск, СибГТУ, 2006. – 159 с.
4. Кочюнас, Р. Психологическое консультирование и групповая психотерапия [Текст] / Р. Кочюнас. – М.: Академический Проект; Трикста, 2004. – 464 с. – 3-е изд., стереотип.
5. Леонтьев Д. А. Факторная структура теста смысложизненных ориентаций [Текст] / Д. А. Леонтьев, О. Э. Калашникова // Психологический журнал. – 1993. – № 1. – Т. 14. – С. 150-155.
6. Роджерс, К. Взгляд на психотерапию. Становление человека [Текст] / К. Роджерс // Пер. с англ. Общ. ред. и предисл. Исениной Е. И. – М.: Издательская группа «Прогресс», «Уни-верс», 1994. – 480 с.

ВОЗМОЖНОСТИ АРТТЕРАПИИ С ДЕТЬМИ С ОСОБЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ

А. А. Макарова

Лесосибирский педагогический институт – филиал федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Сибирский федеральный университет»

Одной из актуальных социально-экономических и демографических проблем современного российского социума является включение детей с ограниченными возможностями в общество. Актуальность этой проблемы объясняется многими обстоятельствами, сложившимися в современной России.

Численность детей-инвалидов с физическими, интеллектуальными, психическими и сенсорными отклонениями среди населения страны неуклонно возрастает. Если в 1995 году численность детей-инвалидов в России составляла 453,7 тыс. человек, то в 2006 году она возросла до 650 тыс. человек, что составляет 1,8 % детского населения. Ежегодно в России рождается 50 тыс. детей, признанных инвалидами с детства. Это свидетельствует о том, что в условиях перехода к рыночным отношениям в российском обществе активизировались неблагоприятные объективные условия и субъективные факторы, негативно влияющие на демографическую ситуацию. Во многих регионах ухудшается экологическая обстановка, растет травматизм, ухудшается здоровье населения

страны, особенно женщин репродуктивного возраста. Кроме того, переход на платные медицинские услуги, трансформация жизненного уклада россиян, смена ценностных ориентаций и культурно-нравственных устоев общества позволяют предположить, что в таких условиях тенденция к увеличению численности инвалидов может сохраниться и в ближайшие годы.

В работе с детьми очень важно использовать гибкие формы психотерапевтической работы. Арттерапия является одним из эффективных методов работы с детьми, имеющими особые образовательные потребности, поскольку арттерапия предоставляет ребенку возможность проигрывать, переживать, осознавать конфликтную ситуацию, какую-либо проблему наиболее удобным для психики ребенка способом.

Арттерапия апеллирует к символической функции изобразительного искусства, поскольку она является одним из факторов психотерапевтического процесса, помогая ребенку осмыслить и интегрировать материал бессознательного, а арттерапевту – судить о динамике этого процесса и происходящих в психике ребенка изменениях. «Социальные игры» или «игры с правилами» – наиболее значимы при осуществлении групповых форм арттерапевтической работы, которые предполагают использование определенных норм группового поведения, в том числе в процессе совместной изобразительной деятельности участников группы.

Термин «арттерапия» ввел в употребление Адриан Хилл в 1938 году при описании своей работы с туберкулезными больными в санаториях. Это словосочетание использовалось по отношению ко всем видам занятий искусством, которые проводились в больницах и центрах психического здоровья.

Арттерапия – это специализированная форма психотерапии, основанная на искусстве, в первую очередь изобразительной и творческой деятельности.

Первоначально арттерапия возникла в контексте теоретических идей З. Фрейда и К. Г. Юнга, а в дальнейшем приобретала более широкую концептуальную базу, включая гуманистические модели развития личности К. Роджерса и А. Маслоу.

Различают директивную арттерапию, где задача перед ребенком ставится прямо: задается тема рисунка, производится руководство поиском лучшей формы выражения, оказывается помощь в рисовании. Такая форма арттерапии применяется в случаях страхов, фобий, тревожности. В недирективной арттерапии ребенку предоставляется свобода как в выборе самой темы, так и в выборе формы ее выражения. Психолог эмоционально поддерживает ребенка, при необходимости технически ему помогает. Это форма арттерапии применяется в случаях низкой самооценки, негативного искаженного образа (Истратова, 2008).

Для арттерапевтической работы необходимо иметь широкий выбор различных изобразительных материалов. Наряду с красками, карандашами, восковыми мелками или пастелью часто используются также журналы, цветная бумага, фольга, текстиль, глина, пластилин, специальное тесто – для лепки, песок с миниатюрными фигурками – для «игры с песочницей», дерево и иные материалы. Бумага для рисования должна быть разных форматов и оттенков. Необходимо также иметь кисти разных размеров, губки для закрашивания больших пространств, ножницы, нитки, разные типы клеев, скотч.

Если говорить о классической арттерапии, то она включает в себя только визуальные виды творчества, такие, как: живопись, графика, фотография, рисование и лепка. Но современная арттерапия насчитывает большее количество видов методик. К ней относят также библиотерапию, маскотерапию, сказкотерапию, оригами, драматерапию, музыкотерапию, цветотерапию, видеотерапию, песочную терапию, игротерапию и т. д.

Арттерапия – это не столько лечение, сколько развитие креативности, развитие и гармонизация личности, помогающие при решении любых проблем. Любой человек способен выразить себя, свои чувства и свое состояние мелодией, звуком, движением, рисунком. Случается так, что для некоторых людей – это единственный способ дать миру знать о себе, заявить о себе как о творческой личности. Предоставить такую возможность всем нуждающимся – задача арттерапии. По сравнению с другими психокоррекционными методами широко распространенной в работе с детьми с особыми потребностями является арттерапия, которая имеет свои преимущества при тяжелых эмоциональных нарушениях, при низком уровне развития у ребенка игровой деятельности, несформированности коммуникативной компетентности.

В контексте нашего исследования мы рассматриваем возможности арттерапии при работе с детьми с особыми потребностями.

Дети с особыми потребностями имеют различного рода нарушения:

- нарушения моторики. Такие дети характеризуются замедленным развитием двигательной сферы, неловкостью, плохой координацией, чрезмерной замедленностью или, напротив, импульсивностью. Недостатки моторики неблагоприятно сказываются на развитии изобразительной деятельности детей, обнаруживаясь в трудностях проведения простых линий, выполнении мелких деталей рисунка, а в дальнейшем – в трудностях овладения письмом;

- нарушения внимания. Дети характеризуются трудной переключаемостью. Невнимательность детей-олигофренов всех возрастов в определенной мере обусловлена слабостью их волевой сферы. Дети с умственной отсталостью не могут в должной мере сосредоточиться на выполняемой деятельности, работать не отвлекаясь. Детей с задержкой в психическом развитии внимания связывают еще с низкой работоспособностью, повышенной истощаемостью;

– нарушения восприятия. Для таких детей свойственно нарушение ощущений различной модальности и соответственно восприятия объектов и ситуаций. Наиболее разносторонне изучено зрительное восприятие учеников младших классов специальной школы для умственно отсталых детей. Нарушение пространственной ориентировки – один из ярко выраженных дефектов, встречающихся при умственной отсталости;

– нарушения памяти. Объем запоминаемого учениками материала вспомогательной школы существенно меньше, чем у нормально развивающихся сверстников. Установлено, что если нормально развивающиеся дети запоминают 7 ± 2 объектов, одновременно предъявленных, то их умственно отсталые сверстники – 3. Запоминание учебного материала в большей мере зависит от его структуризации и характера, от того, каким путем он был воспринят, а также от возраста школьников. Так для учащихся младших классов наиболее благоприятным для запоминания является прослушивание текста с голоса учителя. Учащиеся старших классов легче запоминают материал в тех случаях, когда они самостоятельно читают его вслух;

– нарушения мышления. У умственно отсталых детей дошкольного возраста имеют место недостатки всех уровней мыслительной деятельности. Их затрудняет решение даже простейших, наглядно-действенных задач, таких, как объединение разрезанного на 2-3 части изображения знакомого объекта, выбор геометрической фигуры, по своей форме и величине идентичной соответствующему имеющемуся на плоскости углублению. Наиболее трудными для дошкольников оказываются задания, выполнение которых основывается на словесно-логическом мышлении. Еще большие трудности представляет для учащихся младших классов сравнение двух, а тем более нескольких объектов. Характеризуя мышление умственно отсталых детей, следует еще раз акцентировать стереотипность, тугоподвижность этого процесса, его совершенно недостаточную гибкость;

– нарушения речевого развития. Эти дети не владеют не только активной, но и пассивной речью. Становление речи умственно отсталого ребенка осуществляется своеобразно и с большим запозданием. Он позднее и менее активно вступает в эмоциональный контакт с матерью. У них слабо выражено стремление подражать речи взрослого. Им плохо удается взаимодействие со взрослыми и другими детьми. Они недостаточно понимают то, что им говорят окружающие, и соответственно ведут себя не так, как следовало бы. Вместе с тем эти дети не умеют связно высказывать свои предложения или просьбы, не могут должным образом общаться даже с диалогической речью. Обладая весьма ограниченным словарным запасом и не владея предложением, они не могут не спросить о том, что их интересует, ни вразумительно ответить на заданный им вопрос. Их общение проходит в условиях житейских, многократно повторяющихся ситуаций с помощью хорошо заученных, стандартных высказываний;

– нарушения слуха. Выделяют три основные группы детей с нарушением слуха:

- 1) Глухие дети имеют глубокое стойкое двустороннее нарушение слуха, которое может быть наследственным, врожденным или приобретенным в раннем детстве – до овладения речью. Если глухих детей не обучают речи специальными средствами, они становятся немыми – глухонемыми.
 - 2) Слабослышащие (тугоухие) – дети с частично недостаточностью слуха, приводящей к нарушению речевого развития. К слабослышащим относятся дети с очень большими различиями в области слухового восприятия. Слабослышащим считается ребенок, если он начинает слышать звуки громкостью от 20-50 дБ и больше (тугоухость 1 степени) и если он слышит звуки только громкостью от 50-70 дБ и больше (тугоухость 2 степени). Недостатки слуха у ребенка приводят к замедлению в овладении речью, к восприятию речи на слух искаженном виде.
 - 3) Позднооглохшие – это дети, потерявшие слух вследствие какой-либо болезни или травмы после того, как они овладели речью. Потеря слуха у таких детей бывает разная – тотальная, или близкая к глухоте, или близкая к той, что наблюдается у слабослышащих. У детей может появиться тяжелая психическая реакция на то, что они не слышат многие звуки или слышат их искаженными, не понимают, что им говорят. Это иногда ведет к полному отказу ребенка от какого-либо общения, даже к психическому заблуждению;
- нарушения зрения. Выделяют три группы с недостатком зрения:

- 1) Слепые, включаются две категории: с визусом «0» и светоощущением, а также имеющие остроту остаточного зрения до 0,05 на лучше видящем глазу с коррекцией.
- 2) Слабовидящие.
- 3) Дети, имеющие амблиопию и косоглазие.

У большинства детей имеются по два-три различных глазных заболевания. Возросло число детей, у которых нарушения зрительной функции сопровождаются рядом других дефектов, например, нарушение деятельности центральной нервной системы;

– церебральный паралич. Дети имеют двигательные расстройства, возникающие при поражении двигательных систем головного мозга и проявляющихся в недостатке или отсутствии контроля ЦНС за произвольными движениями. ДЦП является резидуальным состоянием, то есть не имеет прогрессирующего течения. Существует три формы ДЦП:

- 1) Двойная гемиплегия – тяжелое поражение всех четырех конечностей, причем руки поражаются в такой же степени, как и ноги, а иногда и сильнее.
- 2) Спастическая диплегия – поражаются преимущественно ноги.

3) Гемипарезы – односторонние двигательные нарушения, более тяжелое поражение руки;
– сложное нарушение зрения и слуха. Выделяются следующие группы слепоглухих:

1) Врожденная и ранняя слепоглухота, наступившая в результате врожденной краснухи или других внутриутробных инфекций, глубокой недоношенности или родовой травмы, генетических нарушений. По выраженности сенсорных нарушений детей с врожденными нарушениями зрения и слуха принято разделять на тотально слепоглухих, на практически слепоглухих, на слабовидящих глухих, слепых слабослышащих и слабовидящих слабослышащих детей.

2) Врожденные нарушения слуха и приобретенная с возрастом слепота. Причиной нарушений является синдром Ушера и другие наследственные синдромы, травма и др.

3) Врожденная слепота и приобретенная глухота. Это люди, имеющие глубокие нарушения зрения и обучающиеся в школах для слепых.

4) Приобретенная с возрастом слепоглухота (Лубовский, 2005).

Раскроем возможности арттерапевтических приемов и видов при работе с детьми с особыми потребностями.

Танцевальная терапия является вспомогательным методом реабилитации инвалидов, многие из которых не могут говорить, либо не расположены к тому, чтобы к ним применяли вербальное воздействие. Такая терапия используется для улучшения физического состояния, выхода эмоций, совершенствования навыков межличностного взаимодействия, для получения позитивных эмоций, расширения самосознания. (Рудестам, 1993). Может использоваться в качестве вспомогательного или основного метода коррекции в группах детей в санаторно-курортных условиях, для социально-психологического и двигательного тренинга людей с нарушениями слуха и зрения или в реабилитационном периоде.

Сказкотерапия – метод, использующий сказочную форму для интеграции личности, развития творческих способностей, совершенствования взаимодействий с окружающим миром. Она способствует социокультурной реабилитации детей-инвалидов с тяжелыми умственными заболеваниями, следовательно, способствует решению психологических проблем ребенка. (Осипова, 2000).

Изотерапия – творческий акт, позволяющий ребенку ощутить и понять самого себя, выразить свободно свои чувства и мысли, освободиться от конфликтов и переживаний. На первых этапах контакта используется спонтанное рисование, которое представляет большие возможности для самовыражения, поскольку не сковывает инициативу больного. Свободное рисование предпочтительнее и тогда, когда пред-

полагается выявление скрытых переживаний, то есть если используются диагностические функции рисования. Только самым робким и неуверенным в себе детям-инвалидам, затрудняющимся самостоятельно придумать сюжет, рекомендуются индифферентные темы: цветы, орнамент, пейзаж, или очень конкретные сюжеты, связанные с бытом, учебой, каникулами и прочее, после освоения которых становится возможным переход к более сложным, направленным заданиям. По отношению к депрессивным детям рекомендуется проявлять больше настойчивости при вовлечении их в занятия и предлагать облегченные задания, чтобы вселить уверенность в своих силах. На разных этапах изотерапии с детьми-инвалидами отрабатывается моторика, корректируется поза, способ держания карандаша, усваиваются некоторые формы изобразительного характера.

Библиотерапия является средством, способствующим формированию у ребенка навыков и способностей противостоять неординарным ситуациям, укрепляет силу воли, наращивает интеллектуальные и образовательный уровень. Для детей-сирот, детей-инвалидов книги могут быть использованы в целях преодоления различных страхов, нервных срывов, проблем адаптации к одиночеству и т. д. (Ежова, 2006; Миллер, 1975; Осипова, 2002; Рожков, 1985).

Таким образом, сущность арттерапии состоит в терапевтическом и коррекционном воздействии искусства на субъект и проявляется в реконструировании психотравмирующей ситуации с помощью художественно-творческой деятельности, выведении переживаний, связанных с ней, во внешнюю форму через продукт художественной деятельности, а также создании новых позитивных переживаний, рождении креативных потребностей и способов их удовлетворения. Арттерапия является одним из эффективных психологических методов при работе с детьми с особыми потребностями.

Литература

1. Ежова Н. Н. Рабочая книга практического психолога. – Ростов н/Д, 2006.
2. Истратова О. Н., Эксакусто Т. В. Справочник по групповой психокоррекции. – Ростов н/Д: Феникс, 2008.
3. Лубовский В. И., Розанова Т. В., Солнцева Л. И. Специальная психология. – М., Издательский центр «Академия», 2005.
4. Миллер А. М. Особенности руководства чтением больных в библиотеках лечебно-профилактических учреждений. – Л., 1975.
5. Осипова А. А. Общая психокоррекция. – М.: Творческий центр «Сфера», 2000.
6. Осипова А. А. Общая психокоррекция. – М., 2002.
7. Рожков В. Е. Руководство по психиатрии. – М., 1985.
8. Рудестам К. Групповая психотерапия. – М.: Прогресс – Университет, 1993.

ВЛИЯНИЕ ФРУСТРАЦИИ НА СОМАТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

А. В. Петухова, Т. В. Рогачева

Уральская государственная медицинская академия, Екатеринбург

В современной педагогике активно обсуждается вопрос о зависимости типа обучения и здоровья школьников. Актуальной остается проблема выбора программ обучения и для младших школьников. Понятно, что поступление в школу принципиально меняет позицию личности, требуя от нее перехода к другим видам деятельности. Зачастую данный процесс сопровождается фрустрационными реакциями. Исследования, связанные с проблемой связи соматического здоровья и психологических особенностей школьника проводятся постоянно. Так, изучалось взаимовлияние состояния здоровья на мотивацию, тревожность (как типичную черту характера, так и ситуативное проявление), когнитивные способности (Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С., 2000; Рогачева Т. В., Чередниченко А. М., Смирнова Е. В., Яргина О. А., 2002; Яргина О. А., 2005).

Фрустрационный момент до сих пор не был широко освещен в данном контексте, хотя и высказывались теоретические предположения о наличии связи между здоровьем и фрустрационными особенностями человека.

Сама по себе проблема фрустрации имеет большое значение для психологов, так как многие специалисты сходятся во мнении, что одной из первостепенных задач психологической помощи в школе является рассмотрение фрустрационных привычек и коррекция неадекватных и неадаптивных реакций школьников. Но в контексте связи с хроническими заболеваниями тема фрустрации практически не исследована.

Некоторые исследователи данного вопроса предполагают, что связи между фрустрационными привычками и хроническим болезненным состоянием не существует, аргументируя это тем, что многие люди, не подверженные болезням, испытывают фрустрацию в не меньших количествах и качествах, чем те, кто переживают это состояние, без наличия каких-то либо хронических заболеваний. И, наоборот, люди, имеющие проблемы с соматическим здоровьем, могут быть меньше подвержены фрустрации, так как окружающие стараются им смягчить фрустраторы, перекладывая часть ответственности на себя.

Другие же исследователи (Данилова Е. Е., 1992) высказывают мнение о том, что человек, испытывающий действие хронической болезни (не важно, связана ли она с нервной системой или состоянием внутренних органов), будет больше подвержен фрустрационному состоянию и будет склонен фиксироваться на этом состоянии дольше, чем люди с хорошим состоянием здоровья. Таким образом, фрустрационное

состояние, в контексте данной теории, фактически становится типичной для человека чертой личности.

Также существует мнение (Тарабрина П. В., 1994), что люди выбирают вид фрустрационной реакции, в зависимости от типа здоровья, в том смысле, что если люди с хорошим состоянием здоровья будут иметь менее выраженный ведущий тип реакции, то у людей, подверженных болезням, ведущий тип реакции будет преобладать над всеми остальными. Но в данной теоретической концепции нет единого мнения о том, к какому конкретно виду фрустрации будет склонен человек с хронической болезнью – к экстрапунитивному, интропунитивному или же импунитивному.

Несмотря на серьезные теоретические разногласия, все исследователи данной проблематики сходятся во мнении, что все определяющие дальнейший характер фрустраций факторы прямо связаны с детством. И, действительно, многие проблемы с адекватностью фрустрационных реакций начинаются именно в раннем возрасте. И именно в детском возрасте разница в выборе реакций наиболее заметна.

Логично будет предположить, что, если существует связь между выбором фрустрационных реакций и хроническими заболеваниями, то именно в детском доподростковом возрасте такую реакцию можно будет диагностировать и попытаться скорректировать фрустрационный ответ ребенка в сторону более адаптивного.

Обнаружение подобной связи может сыграть немаловажную роль для психотерапевтов, клинических психологов и психологов – педагогов, ведь обнаружение подобной закономерности может позволить разработать ряд психокоррекционных техник и рекомендаций для повышения адаптивности детей с хроническими заболеваниями.

Обнаружение отсутствия этой закономерности так же позволяет использовать данный факт в коррекции характера фрустрационных реакций, так как будет понятно, что ведущая реакция не зависит от состояния здоровья и искать причину подобного явления необходимо в других сферах жизни человека.

Для проверки наличия либо отсутствия связи между здоровьем и фрустрационными реакциями детей было проведено психологическое исследование.

Цель данного исследования была в том, чтобы найти наличие или отсутствие закономерности между хронологическими болезнями и выбором фрустрационных реакций у детей младшего школьного возраста. Исследование было проведено среди детей 9-11 лет, обоих полов, учеников трех четвертых классов из двух различных школ г. Екатеринбурга, выборка составила 71 человек. В эксперименте участвовали школьники с различными показателями здоровья – как дети с хроническими заболеваниями (с хроническими болезнями внутренних органов, с хроническим заболеванием нервной системы и органов чувств), так и здоровые дети. Количество детей с болезнями и здоровых детей примерно соответствовало один к одному

Задачами исследования выступили: выбор теоретического базиса исследования, проведение психологической диагностики и анализ полученных результатов.

За теоретическую основу была взята теория Сола Розенцвейга о фрустрации, разработанная в 1938 году. Под фрустрацией понималось состояние переживания препятствия цели, а под фрустратором – ситуация, приводящая к подобному психологическому состоянию. Эта теория была выбрана потому, что большинство исследователей в данной тематике оперируют терминами, предложенными именно в этой теории.

В качестве психодиагностической методики для проведения исследования был взят детский вариант проекционного теста С. Розенцвейга, разработанного в 1948 году, для создания диагностического инструмента, аналогичного взрослому варианту теста, так как он не обладал нужной валидностью для диагностирования детей.

Детям были предъявлены 24 рисунка, на которых были изображены фрустрирующие ситуации, воспроизводящие сцены из повседневной жизни. На карточках фрустрированным персонажем является ребенок (мальчик или девочка), который взаимодействует либо со взрослым (мужчиной или женщиной), либо с другим ребенком своего или противоположного пола. Предъявляемый вариант не был модифицирован и соответствовал оригинальному варианту (S. Rosenzweig et al., 1948). В отечественном переводе практически полностью сохранено содержание высказываний. Изменение внесено лишь в ситуацию № 3, к которой подобрано высказывание, соответствующее школьной тематике.

Сама процедура тестирования проводилась в безопасной для детей обстановке их собственных классов, где они постоянно занимались. При проведении психодиагностических процедур присутствовало два психолога и классный руководитель того класса, который в данный момент тестировался. Во всех трех случаях эксперимент длился не более 40 минут – некоторые дети заканчивали записывать свои ответы уже в первые пятнадцать минут, другие отвечали более продолжительно по времени.

После обработки результатов были составлены фрустрационные профили для всех детей, принимавших участие в психодиагностическом обследовании и выявлены преобладающий тип реакции и ее содержание.

Для получения достоверных данных, материалы были обработаны с помощью статистическо-математических методов. В результате было выявлено, что коэффициент корреляции между выбором типа реакций (экстрапунитивная, интропунитивная, импунитивная) и состоянием здоровья слабый ($r = -0,0193$). Коэффициент корреляции между выбором содержания фрустрации (самозащитный механизм, реакция продолженной потребности или фиксация на препятствии) также слабый ($r = -0,19895$).

Следовательно, можно сделать вывод, что связь между состоянием здоровья детей и их выбором вида фрустрационных реакций и его содержанием практически отсутствует.

Сложно отрицать положение о том, что здоровье имеет колоссальное влияние на психическое состояние человека, так же как и психологические особенности играют одну из решающих ролей в физическом состоянии человека. Но из данного исследования можно сделать вывод о том, что фрустрационные реакции детей младшего школьного возраста и хронические заболевания имеют меньшее взаимодействие, чем другие факторы. Или, по крайней мере, состояние здоровья – не решающий фактор в выборе фрустрационных реакций у детей.

Для детей, как подверженных хроническим заболеваниям, так и с отличным состоянием здоровья больше всего характерны были ответы экстрапунитивной направленности, с содержанием защиты своего Я, то есть, если следовать теории Розенцвейга, в нашем исследовании подтверждаются выводы С. Розенцвейга. Между детьми с хронологическими заболеваниями и детьми, у которых они отсутствовали, различия по этим показателям не было.

Однако, именно в возрасте 9-11 лет у детей уже сформированы такие психические процессы как мышление и память, и именно в этом возрасте закладываются многие психологические особенности, в дальнейшем определяющие жизнь человека. И, если выявляемая в данном исследовании закономерность отсутствует на данном этапе, то можно предположить, что и в дальнейшей жизни она может и не проявиться у данной группы школьников (это выступает проблемой нашего дальнейшего исследования).

Встает другой вопрос, связанный с длительностью этих состояний. На данном этапе не существует другого психологического метода, помимо наблюдения, для выявления, насколько выявленная в разовом психологическом обследовании фрустрационная реакция типична для данного человека. Поэтому каких-то выводов по этому аспекту сделать невозможно.

Возможно, что будет найдена связь фрустрации и хронических заболеваний как у детей, так и у взрослых по принципу ее длительности. Но пока в вопросе выбора фрустрационного ответа и его содержания для детей младшего школьного возраста и его зависимости от здоровья – связи не было обнаружено.

Литература

1. Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С. Психосоматические расстройства у детей. М., 2000.
2. Данилова Е. Е. Детский тест «Рисуночной фрустрации» С. Розенцвейга. Практическое руководство. М., 1992.
3. Рогачева Т. В., Чередниченко А. М., Смирнова Е. В., Яргина О. А. Особенности психологического статуса у подростков с язвенной болезнью // Мат-лы 8 конгресса педиатров России «Вопросы современной педиатрии». М., 2003. – С. 437.
4. Тарабрина П. В. Методика изучения фрустрационных реакций // Иностранная психология. – 1994. – №2.
5. Яргина О. А. Оптимизация лечения детей, больных язвенной болезнью. Дисс... к. мед. н. Екатеринбург, 2008.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Е. И. Ростовых, Н. В. Басалаева

Лесосибирский педагогический институт – филиал федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Сибирский федеральный университет»

Здоровье населения России находится в критическом состоянии. Результаты фундаментальных исследований свидетельствуют о кризисном состоянии здоровья у представителей всех возрастных групп, особенно у детей. В России, как и во всем мире, наблюдается тенденция роста детей с ограниченными возможностями. С конца XX столетия частота детской инвалидности в нашей стране увеличилась в 2 раза и по разным данным составляет от 6 до 9 %. При сохранении этой тенденции прогноз будущего для населения нашей страны крайне пессимистичен. Для того, чтобы человек с ограниченными возможностями почувствовал себя полноценным членом общества необходимо создать условия для преодоления ограничений, возникших в его жизни, предоставить ему равные со здоровыми людьми возможности участия в жизни общества. (Маллер, 2006).

Понятие «дети с ограниченными возможностями» охватывает категорию лиц, жизнедеятельность которых характеризуется какими-либо ограничениями или отсутствием способности осуществлять деятельность способом или в рамках, считающихся нормальными для человека данного возраста. Это понятие характеризуется чрезмерностью или недостаточностью по сравнению с обычным в поведении или деятельности, может быть временным или постоянным, а также прогрессирующим и регрессивным. (Егорова, 2002).

Английские специалисты (Варнок, 1979) предложили классификацию, в которой указаны не только нарушенные сферы организма и функций человека, но и степень их поражения. Это позволяет не только более тонко дифференцировать различные категории лиц с ограниченными возможностями, но и на основе этой классификации более точно определять характер и объем особых образовательных и социальных потребностей каждого конкретного человека с проблемами в развитии.

Исходя из этой классификации, можно с достаточно большой долей вероятности определить социально-значимые особые потребности того или иного человека с ограниченными возможностями и, соответственно, направления социальной реабилитации: ориентировка в окружающей физической и социальной среде, физическая независимость, подвижность, возможность различных видов деятельности, возможность занятости, возможность социальной интеграции и социально-экономической независимости.

К основным категориям детей, имеющим психическую патологию, относят:

- детей с умственной отсталостью;
- детей с эндогенными психическими заболеваниями;
- детей с реактивными состояниями, конфликтными переживаниями, астениями;
- детей с признаками задержки психического развития;
- детей с признаками психопатии.

Названные психические патологии у детей и подростков в зависимости от причин возникновения и тяжести проявления дефекта по-разному отражаются на формировании социальных отношений, познавательных возможностей, трудовой деятельности и по-разному сказываются на развитии личности.

Рассмотрим кратко некоторые особенности названных психических заболеваний у детей и подростков и их влияние на личностное развитие.

1. Умственная отсталость. Среди детей и подростков, имеющих психическую патологию развития, наиболее многочисленную группу составляют умственно отсталые дети. Большинство из них – олигофрены.

Олигофрения – это форма умственного и психического недоразвития, возникающая в результате поражения ЦНС, и в первую очередь коры головного мозга, в пренатальный (внутриутробный), натальный (при родах) или постнатальный (на самом раннем этапе прижизненного развития) периоды. По глубине дефекта умственная отсталость при олигофрении традиционно подразделяют на три степени: *идиотия, имбецильность и дебильность*. Дети с умственной отсталостью в стадии идиотии и имбецильности в правовом отношении являются недееспособными и над ними устанавливается опека родителей или замещающих лиц.

Развитие умственно отсталого ребенка с первых дней жизни отличается от развития нормальных детей. У них отмечают задержки в физическом развитии, общая психологическая инертность, снижен интерес к окружающему миру, заметно недоразвитие артикуляционного аппарата и фонематического слуха. По-иному у них складываются соотношения в развитии наглядно-действенного и словесно-логического мышления. Многие умственно отсталые дети начинают говорить только к 4-5 годам. Речь умственно отсталого ребенка не выполняет своей основной функции – коммуникативной.

Существенные изменения в физическом и психическом развитии влекут за собой нарушения в личностной сфере. Основными ее особенностями являются:

- предпосылки развития личности складываются не в раннем детстве, как у нормально развивающихся детей, а лишь в старшем дошкольном возрасте. Поэтому личность умственно отсталого ребенка формируется с большими отклонениями как в качественном отношении, так и в темпах и в сроках развития;

- первые проявления самосознания, отделения своего «Я» у умственно отсталого ребенка начинает проявляться не с 3-х лет, как в условиях нормального развития, а лишь после 4-х лет, когда у них начинают формироваться элементарные действия с предметами;
- ограниченность средств общения (как речевых, так и неречевых) приводит к тому, что умственно отсталые дети становятся отверженными в среде сверстников. Желание самоутвердиться нередко проявляется в патологической форме. Они могут вести себя жестоко по отношению к слабым детям. Развивающийся комплекс неполноценности, если не принять мер, делает их еще более отверженными в среде сверстников.

2. Эндогенные психические заболевания. К эндогенным психическим заболеваниям относят шизофрению, маниакально-депрессивные состояния, гениальную эпилепсию и др.

Шизофрения – тяжелое психическое заболевание, характеризующееся утратой единства психических процессов с быстро или медленно развивающимися изменениями личности и разнообразными психопатологическими расстройствами. Заболевание чаще всего связано с наследственным предрасположением и приходится в основном на подростковый и юношеский возраст. К изменениям личности при данном заболевании относят снижение энергетического потенциала (амотивационность), выраженную интровертированность (уход в себя, отчуждение от окружающих), эмоциональное оскудение, расстройства мышления и др. Выраженность психопатологических изменений может колебаться от легких изменений личности до грубой и стойкой дезорганизации психики.

Маниакально-депрессивный психоз – эндогенное заболевание, протекающее приступами. Состояние веселости, возбужденности, активности (маниакальная фаза) сменяется заторможенностью, подавленностью (депрессивная фаза). Нередко болезнь характеризуется сменой маниакальных или депрессивных фаз. При выходе из болезненного состояния наступает практическое выздоровление. Заболевание может начаться в любом возрасте, но преимущественно в 12-16 лет. В большей степени этому заболеванию подвержены девочки на этапе препубертатного и пубертатного периодов. При данном заболевании стойких психических нарушений и значительных изменений склада личности и признаков дефекта не наблюдается.

Эпилепсия – заболевание головного мозга, характеризующееся разнообразными расстройствами в виде малых и больших судорожных эпилептических припадков. Чаще всего признаки заболевания эпилепсией возникают в возрасте до 15 лет. Классический исход гениальной эпилепсии – нарушения интеллектуальной способности вплоть до выраженного слабоумия и деформации личности.

В личностной сфере у страдающего эпилепсией наблюдается замедленность всех психических процессов, склонность заострять внимание

на деталях, обстоятельность, невозможность отличить главное от второстепенного и др. По мере развития эндогенных заболеваний увеличивается риск к формированию дефектов личности, что может вызвать затруднения в психокоррекционной работе.

3. Реактивные состояния, конфликтные переживания, астении во многом обусловлены условиями обучения и воспитания детей. У одних детей в результате социальной дезадаптации, неуспеваемости в школе наблюдаются неврозы, у других – астении, у третьих – психопатические реакции. Названные состояния развиваются вследствие умственных и физических перегрузок, нарушений микросоциальных контактов в кругу сверстников, в семье и др. Перечисленные отклонения характеризуют так называемые пограничные состояния, переход от нормы к патологии. Их относят к группе болезненных состояний, в основе которых лежат психогенные невротические и астенические состояния, конфликтные переживания. Для невротических состояний у детей более всего характерны страхи (фобии), соматовегетативные (энурез, привычная рвота) и двигательные расстройства (логоневроз, тики, истерический паралич). С возрастом эти расстройства могут принимать более затяжной характер. Названные нарушения накладывают отпечаток на динамику нервно-психического состояния ребенка или подростка в виде дисгармонии в развитии личности, изменений в познавательной и потребностно-мотивационной сферах личности.

Основной путь нивелирования у детей и подростков душевных переживаний и преодоления чувства своей неполноценности – создание для них нормальных межличностных взаимоотношений и активное включение в продуктивное взаимодействие со сверстниками.

4. Аномалии личности при задержке психического развития (ЗПР). Причиной аномалий личности могут быть задержки психического развития или психический инфантилизм различной этиологии. **Инфантилизм** – это сохранение в психике и поведении подростка, юноши, взрослого свойств и особенностей, присущих детскому возрасту.

К. С. Лебединская выделяет следующие основные типы ЗПР детей:

1) *Конституционального происхождения или гармоничный инфантилизм.* У детей этого типа эмоционально-волевая сфера находится на более ранней ступени развития, напоминая нормальную структуру детей более младшего возраста.

2) *Соматического происхождения.* Основные причины задержек психического развития данного типа – хронические инфекции, врожденные и приобретенные пороки, в первую очередь порок сердца, снижающие не только общий, но и психический тонус и вызывающие стойкую астению. Нередко наблюдается задержка эмоционального развития – *соматогенный инфантилизм.* Для него характерны боязливость, неуверенность, проявление переживаний, связанных с ощущением своей неполноценности и др.

3) *Психогенного происхождения*. Задержки данного типа порождены неблагоприятными условиями, препятствующими нормальному формированию личности ребенка. Психотравмирующие факты приводят, как правило, к стойким нарушениям сначала вегетативных функций, а затем и психического, в первую очередь, эмоционального развития. ЗПР психогенного происхождения наблюдается, по мнению Г. Е. Сухаревой, прежде всего, при аномальном развитии личности по типу психической неустойчивости (Акатов, 2003).

4) *Церебрально-органического происхождения (органический инфантилизм)*. Причины: интоксикации, травмы, недоношенность и др. Встречается чаще других и обладает большей стойкостью и выраженностью нарушений как в познавательной, так и в эмоционально-волевой сферах. Признаки ЗПР данного типа проявляются в запаздывании формирования различных функций: ходьбы, речи, навыков опрятности, этапов игровой деятельности (Лебединская, 1984).

5. Дети с психопатическими формами поведения. Люди отличаются друг от друга по темпераменту, характеру, поведению, интеллекту и т. п. В процессе развития человеческой личности и психики в силу влияния различных факторов неизбежно возникает вероятность того, что некоторые личностные свойства гипертрофируются. Таких личностей с крайне выраженными и одноплановыми свойствами характера, неспособных достаточно длительное время жить без конфликтов и выполнять каждодневные обязанности, называют психопатическими.

Психопаты – это люди, обладающие тяжелым характером, от которого страдают они сами, но в еще большей степени окружающие. Этот трудный характер приводит таких субъектов к постоянным ссорам с окружением, и в первую очередь с теми, с кем они чаще всего общаются. Они предъявляют к окружающим повышенные требования, зачастую в конкретных условиях невыполнимые. Не умеющие подчиняться, они не способны выполнять длительное время руководящую роль, вызывая к себе отрицательное отношение вспыльчивостью, нетерпимостью, высокомерием и другими резко выраженными чертами характера.

Проблема психопатий – это не проблема интеллекта, это проблема эмоций, воли и совести. Прежде всего, совести. *Совесть* – это внутренний судья, внутренний контролер нашего поведения. При психопатиях личность формируется таким образом, что она не может быстро усвоить то, что хорошо, а что плохо. Именно психопатам ничто, как правило, не мешает в жизни, их ничего не останавливает, они часто оказываются на виду.

Для многих психопатических личностей характерно антисоциальное поведение. Психопатические свойства обнаруживаются в детстве; у большинства детей и подростков становятся заметными в школьном возрасте; затем, примерно у 60 процентов таких лиц психопатические свойства начинают постепенно уменьшаться. Большую роль в этом

играет целенаправленное воспитание, ориентированное на компенсацию и подавление ненормальных свойств характера (спокойная обстановка дома, в школе, отсутствие примеров для дурного подражания). У остальных психопатические свойства продолжают доминировать в характере и даже обостряются в подростковом возрасте. Обычно в 25-50 летнем возрасте психопатические свойства заметно уменьшаются, но после 55-60 лет характер у многих вновь ухудшается.

При психопатиях (во всех ее формах) имеются дефекты личностного развития, в основном в моральной сфере. Такие люди отличаются жесткостью, бесчувствием, бессовестностью. Поэтому в процессе воспитания необходимо культивировать в больных детях отсутствующие у них свойства и, в первую очередь, чувство вины за совершенный проступок.

Таким образом, мы согласны с мнением Т. В. Егоровой, что дети с ОВЗ – это категория лиц, имеющих функциональные ограничения, неспособные к какой-либо деятельности в результате заболевания, отклонений или недостатков развития, нетипичного состояния здоровья, вследствие неадаптированности внешней среды к основным нуждам индивида, из-за негативных стереотипов, предрассудков, выделяющих нетипичных людей в социокультурной системе. Диапазон различий в развитии детей с ОВЗ чрезвычайно велик: от практически нормально развивающихся, испытывающих временные и относительно легко устранимые трудности, до детей с необратимым тяжелым поражением центральной нервной системы. От ребенка, способного при специальной поддержке на равных обучаться вместе с нормально развивающимися сверстниками до детей, нуждающихся в адаптированной к их возможностям индивидуальной программе образования. При этом столь выраженный диапазон различий наблюдается не только по группе с ОВЗ в целом, но и в каждой входящей в нее категории детей.

Вследствие неоднородности состава группы, диапазон различий в требуемом уровне и содержании школьного образования тоже должен быть максимально широким, соответствующим возможностям и потребностям всех детей с ОВЗ, включая как полное среднее образование, сопоставимое по уровню и срокам овладения с образованием нормально развивающихся сверстников, так и возможность обучения на протяжении всего школьного возраста основным навыкам жизни вместе с близкими людьми. Т. е. для каждой категории и внутри каждой категории детей с ОВЗ требуется дифференциация специального образовательного стандарта, разработка вариантов, на практике обеспечивающих охват всех детей образованием, соответствующим их возможностям и потребностям; преодоление существующих ограничений в получении образования, вызванные тяжестью нарушения психического развития и неспособностью ребенка к освоению цензового уровня образования, а также ограничения в получении инклюзивного образования детьми с ОВЗ,

достигшими к моменту поступления в школу уровня психического развития, сопоставимого с нормально развивающимися сверстниками.

Если общество оставляет инвалида вне своего внимания и заботы, то он целиком попадает во власть физических недугов, они определяют его характер, его отношения с людьми, собственное семейное положение, уровень его образования, карьеру. Вообще весь жизненный путь и даже длину этого пути. Если же социум берет человека под свою опеку, то влияние инвалидности отступает на второй или даже третий план.

Современное российское образование, формирующее определенный уровень толерантности к детям с ограниченными возможностями, имеет гуманистическую направленность. Создается и функционирует сеть реабилитационных учреждений, школ-интернатов, центров социальной помощи семье и ребенку-инвалиду, спортивно-адаптивных школ для инвалидов и т. д. Тем не менее, эта проблема остается актуальной.

Значительная часть детей с отклонениями в развитии, несмотря на усилия, принимаемые обществом с целью их обучения и воспитания, став взрослыми, оказывается неподготовленной к интеграции в социально-экономическую жизнь. Вместе с тем, результаты исследований и практика свидетельствуют о том, что любой человек, имеющий дефект развития, может при соответствующих условиях стать полноценной личностью, развиваться духовно, обеспечивать себя в материальном отношении и быть полезным обществу.

Литература

1. Акатов Л. И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. – М.: ВЛАДОС, 2003.
2. Егорова Т. В. Социальная интеграция детей с ограниченными возможностями. – Балашов: Николаев, 2002.
3. Лебединская К. С. Задержка психического развития у детей. // Причины аномалий развития у детей. – М.: Изд-во АПН СССР, 1984.
4. Маллер А. Р. Ребенок с ограниченными возможностями: Книга для родителей. – М.: Педагогика – Пресс, 2006.

СЛУЖБА ПРОФОРИЕНТАЦИОННОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ МОБИЛЬНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОЗИЦИИ ВЫПУСКНИКОВ ВУЗА

К. В. Рахманова, Е. В. Ткачева, Ю. В. Живаева

*ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ*

В XXI веке мир профессий и деловой мир сильно изменились, прежде всего, изменилось отношение к выбору профессии: закончилась эпоха пожизненного найма и обычная карьера современного человека –

это уже 2-3 специальности или профессии. Большинство молодых людей в России, к сожалению, пока не осознали этих изменений, более того, в принципе достаточно поздно задумываются о том, как они будут строить свою профессиональную деятельность, к чему хотят прийти.

Проблема профессионального самоопределения является одной из ключевых в развитии личности. В нашей стране доминирует профессиональная самоидентичность человека: на вопрос: «Кто ты?», мы обычно отвечаем: «Я – юрист (экономист, психолог, бухгалтер и т. п.)». Успешность жизнедеятельности также в значительной степени обуславливается удачно выбранной специальностью, успешной самореализацией в профессиональной сфере. Е. А. Климов, Н. С. Пряжников выделяют следующие этапы профессионального самоопределения, продолжительность которых варьирует в зависимости от социальных условий и индивидуальных особенностей развития:

Первый этап – детская игра, в ходе которой ребенок принимает на себя разные профессиональные роли и «проигрывает» отдельные элементы связанного с ними поведения.

Второй этап – юношеская фантазия, когда старший школьник видит себя в мечтах представителем той или иной привлекательной для него профессии.

Третий этап, захватывающий весь подростковый и большую часть юношеского возраста, – предварительный выбор профессии. Разные виды деятельности сортируются и оцениваются с точки зрения интересов старшего школьника, затем с точки зрения его способностей, и, наконец, с точки зрения его системы ценностей.

Четвертый этап – практическое принятие решения, т. е. собственно выбор профессии, который включает в себя два главных компонента:

- 1) определение уровня квалификации будущего труда, объема и длительности подготовки к нему;
- 2) выбор специальности.

В своей статье мы остановимся на последних двух этапах профессионального самоопределения – предварительном выборе профессии (готовность к профессиональному самоопределению на этапе окончания школы) и практическом принятии решения о выборе специальности (поступление на тот или иной факультет вуза). Именно в этот период складывается определенное отношение личности к различным областям труда, представление о ряде профессий и самооценка своих возможностей, ориентировка в выборе профессии, что характеризует состояние внутренней готовности к профессиональному самоопределению и самореализации.

Анализ жизненных ситуаций, когда студенты первого – второго курса отчисляются из вуза, свидетельствует о том, что причиной изменения жизненной позиции человека в этом случае является не только неуспеваемость, а чаще неуспеваемость по предметам – есть следствие

несоответствия: представление о профессии, роде деятельности, ее специфики в ходе обучения не совпадают с реалиями действительности и в этот момент, студенту не оказывается необходимая психологическая профориентационная поддержка.

Необходимым условием успешного самоопределения является сознание того, что «я сам» выбрал профессиональный путь. В профессиональном самоопределении учащихся успех их действий существенным образом зависит от их собственной активности, от сформированности субъективной позиции. Именно эта позиция и связанный с ней опыт позволяют учащимся целенаправленно, сознательно, активно и умело осуществлять выбор профессии и подготовку к ней. Процесс профессионального самоопределения не заканчивается выбором будущей специальности. В. Т. Кудрявцев, В. Ю. Шегурова отмечают, что «выбор профессии – это лишь показатель того, что процесс профессионального самоопределения переходит в новую фазу своего развития». До того, как человек не проверит свои возможности в ходе профессиональной деятельности либо ситуациях, максимально приближенных к таковой, не сформирует к себе как к субъекту труда устойчивого положительного отношения, об успешности процесса профессионального самоопределения говорить достаточно трудно. Поэтому одним из показателей готовности к профессиональному самоопределению считается не только сформированность профессиональных намерений, согласованность этих намерений с интересами, но и успешность профессионального обучения (на этапе профессиональной подготовки).

С целью повышения успешности профессионального обучения нами разработан проект психологической службы сопровождения профессиональной ориентации в вузе, который мы начинаем реализовывать уже в текущем году. Содержание профориентационной деятельности службы в рамках вуза обусловлено актуальными проблемами образования, выявленными нами в ходе анкетирования первокурсников и второкурсников, к их числу можно отнести:

- современные требования (Концепция)
- активная личность, готовая к самореализации
- ситуации выбора
- проблемы (инфантилизм, высокие требования, предъявляемые к выпускнику, выход за пределы учебных задач; задачи преподавателя, требования к преподавателю).

Структура службы выглядит следующим образом:

S и O сопровождения – векторы – направления (исследование проблем (наличие проблемы, выявление точек приложения сил), проектирование (как должно быть); мониторинг личностного развития (например, при возрастании требований, ответственности возрастает и уровень тревожности, стресса; влияние внедряемых проектов на S образовательного

процесса, следовательно необходима психологическая экспертиза образовательных проектов), оказание психологической помощи.)

В задачи психологической службы профориентационного сопровождения в вузе входит следующее содержание деятельности:

1. Реализация психологического сопровождения приемной кампании.

Профориентационные проблемы:

- низкая информированность
- несоответствие интересов способностям
- профориентационная диагностика свидетельствует о преобладании гуманитарной направленности выпускников
- низкий уровень саморефлексии, инфантилизм
- особенности мотивации (анкетирование) + преобладание внешней мотивации (результаты исследования)

Высокий уровень конкуренции среди вузов приводит к тому, что главной задачей вуза становится «наличие абитуриентов», а не их профессиональная направленность. Для решения данной проблемы мы предлагаем реализацию проекта «Знакомьтесь, КрасГМУ!», который включает выездные встречи, профориентационный блок, подготовку преподавателей и студентов.

2. Психологическое сопровождение учебной и социальной адаптации студентов младших курсов. На данном этапе преодолеваются трудности связанные с: проблемами адаптации, низким уровнем исследовательской направленности, низким уровнем самоорганизации, низким уровнем волевой готовности. Мы предлагаем реализовать следующие проекты:

- «Психолого-образовательное сопровождение учебной и социальной адаптации студентов младших курсов».
- Положение о кураторе КрасГМУ (учебные, воспитательные и научно-исследовательские задачи)
- Диагностика (социально-психологическое исследование) результаты:
 - не 1 приоритет (выбор факультета заново), изменилось ли отношение
 - тревожность перед первой сессией
 - удовлетворенность результатами
 - совпадают ли интересы
- Тренинги: групповой сплоченности, антистресс, самоидентификации с профессией
- Просвещение и профилактика:
 - видеопрезентации
 - буклеты для первой сессии
 - буклеты для деканов, деканатов
- Профком
- Ярмарка здоровья

3. Средние курсы

Проблемы:

Кризис 3 курса: выбор специальности, усталость, отсутствие целей («ничего не хочу»). Снижение активности участия в инновационных, научных конкурсах (барьеры).

По запросам:

- тренинги «Навыки общения по телефону.»
- проблемы 3 курса
- управление персоналом (коммуникативная компетентность менеджера)
- тренинговое сопровождение тренинги знакомства, коммуникации самоидентификации с профессией самопрезентации, целеполагания
- Сопровождение инновационных конкурсов барьеры
- индивидуальные консультации
- создание сообществ
- тренинги стрессоустойчивости
- навыки самопрезентации
- коммуникативные тренинги

Повышение психологической грамотности:

Проект «Коммуникативный клуб»

Проект «Психологические среды»

Старшие курсы

Проблемы самоопределения (выбора места работы), неготовность работать по специальности.

Проект «Успешный профессиональный старт»

информированность (типы карьеры, как искать работу. Форма: статьи, радио, рубрика на ТВ, буклеты)

мотивирующее-активизирующий семинар «С места в карьеру!»

тренинговое сопровождение (самоопределение на основе самоанализа, сколько денег надо для жизни, навыки самопрезентации, навыки прохождения собеседования)

сотрудничество с работодателями (Центр занятости, Центр содействия трудоустройства выпускников).

Считаем, что внедрение данного проекта профориентационного сопровождения поможет многим студентам не упустить свой шанс в жизни реализовать свои потенциальные возможности. Указанные проблемы обосновывают актуальность профориентационной работы, которую необходимо проводить не только во время обучения в общеобразовательной школе, но и в период обучения в вузе с целью формирования мобильной профессиональной позиции у выпускников вузов.

Литература

1. Абульханова-Славская К. А. О субъективности психической деятельности. – М.: Изд-во Наука, 1993. – 288 с.
2. Алтухов В. В., Орлова Е. А., Серебрякова А. Г. ПрофорIENTATIONная и консультационная работа со студентами и выпускниками вузов: проект «Профкарьера» // «Психология и современное российское образование» (Москва, 8-12 декабря 2008 г.) Материалы IV Всероссийского съезда психологов образования России. – М. Общероссийская общественная организация «Федерация психологов образования России», 2008. – с. 15-17.
3. Божович Л. И. Проблемы формирования личности. Избранные психологические труды. – М.: Воронеж НПО МОДЭК, 2001. – 349 с.
4. Борисова Е. М. Психологическая диагностика в школьной профориентации / Е. М. Борисова. – М., 2007. – 255 с.
5. Глухова Е. С. Психологическая служба Томского государственного университета: опыт и перспективы // «Психология и современное российское образование» (Москва, 8-12 декабря 2008 г.): Материалы IV Всероссийского съезда психологов образования России. – М. Общероссийская общественная организация «Федерация психологов образования России», 2008. – с. 48-49.
6. Зеер Э. Ф. ПрофорIENTATIONология теория и практика: [учебное пособие для вузов] – М.: Акад. проект, 2006. – 188 с.
7. Климов Е. А. Психология профессионального самоопределения: Учеб. Пособие для студ. Высш. Пед. Учеб. Заведений / Е. А. Климов. – 2-е изд., испр. – М.: Издательский центр «Академия», 2005. – 304 с.
8. Колесников С. В. Тест Дж. Холланда // Профессиональное образование. – 2004. – № 5. – С. 11-16.
9. Кудрявцев В. Т. Развивающее образование. – М.: Академия, 2002. – 254 с.

ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ТИПА ЛИЧНОСТИ И ПРОЯВЛЕНИЯ АЛЕКСИТИМИИ

Д. В. Сацук, Т. С. Парубцова, Ю. В. Живаева

*ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ*

Под алекситимией понимают сниженную способность к вербализации эмоциональных состояний. Психологическая характеристика алекситимической личности, включающая следующие особенности:

- затруднение в определении и описании (вербализации) собственных эмоций и эмоций других людей;
- затруднение в различении эмоций и телесных ощущений;
- снижение способности к символизации, в частности к фантазии;
- фокусирование преимущественно на внешних событиях, в ущерб внутренним переживаниям;
- склонность к конкретному, утилитарному, логическому мышлению при дефиците эмоциональных реакций.

Все перечисленные особенности могут проявляться в равной степени или одна из них может преобладать. Указанные особенности вызывают трудности в осознании эмоций и когнитивной переработки аффекта, что ведет к усилению физиологических реакций на стресс. Клинический опыт подтверждает это предположение.

Алекситимия рассматривается как фактор риска психосоматических заболеваний. Эта точка зрения подтверждается клиническими исследованиями. Причины развития алекситимии неясны. Установлено, что алекситимия плохо поддается психотерапии. В то же время, психотерапия вторичной алекситимии может быть эффективной. Алекситимия встречается у значительной части (до 85 %) людей, страдающих аутистическими расстройствами.

Термин «алекситимия» предложил в 1973 году Питер Сифнеос. В своей работе, опубликованной еще в 1968 г., он описал наблюдавшиеся им особенности пациентов психосоматической клиники, которые выражались в утилитарном способе мышления, тенденции к использованию действий в конфликтных и стрессовых ситуациях, обедненной фантазиями жизни, сужении аффективного опыта и, особенно, в трудностях подыскать подходящее слово для описания своих чувств. Алекситимия буквально обозначает: «без слов для чувств» (или в близком переводе – «нет слов для названия чувств»). Термин подвергался критике, в том числе за отсутствие релевантности, однако прочно занял свое место в литературе, посвященной психосоматическим заболеваниям, а связанная с ним концепция алекситимии приобретает все большую популярность, что отражается в постоянно возрастающем количестве публикаций в разных странах. Разработке концепции алекситимии предшествовали более ранние наблюдения, установившие, что многие пациенты, страдающие классическими психосоматическими болезнями и характеризующиеся «инфантильной личностью», проявляют трудности в вербальном символическом выражении эмоций.

Люди, страдающие алекситимией, не способны понять и разобраться в собственных чувствах и переживаниях, и поэтому, как следствие, им чужды эмоции других людей. Им чуждо сострадание, чуждо сопереживание и чужда жалость. Им не хватает интуиции и воображения. Личность таких людей характеризуется примитивностью жизненной направленности, инфантильностью и, что особенно существенно, недостаточностью функции рефлексии. Совокупность перечисленных качеств приводит к чрезмерному прагматизму, невозможности целостного представления собственной жизни, дефициту творческого отношения к ней, а также трудностям и конфликтам в межличностных отношениях. Происхождение алекситимии бывает разное. Это явление может носить врожденный характер. Как, например, устойчивое качество личности человека. А может иметь приобретенный, то есть временный, характер.

Примером может служить посттравматическая реакция, состояние вследствие пережитого стресса, длительной депрессии, как защитная реакция организма на агрессию внешнего мира. В данной статье, мы рассматриваем зависимость алекситимии от типа личности. Уровень алекситимии у наших испытуемых мы изучали при помощи специального опросника – Торонтской Алекситимической Шкалы, адаптированной в Институте им. В. М. Бехтерева.

Для определения типа личности мы использовали – методику определения типа личности и вероятностных расстройств данного типа. Разработана авторами Джоном М. Олдхэмом (John M. Oldham) и Луи Б. Моррисом (Lois B. Morris) Этот тест включает в себя 14 типов личности:

- Добросовестный тип «Сухарь»
- Самоуверенный тип «Качество звезды»
- Преданный тип «хороший супруг»
- Драматический тип «Жизнь – вечеринка»
- Бдительный тип «Оставшиеся в живых»
- Чувствительный тип «Домашние люди»
- Праздный тип «Грезы Калифорнии»
- Авантюрный тип «Претендент»
- Идеосинкратический тип «Разные барабанщики»
- Тип отшельник «Одиночка»
- Деятельный тип «Огонь и лед»
- Альтруистический тип «Самопожертвование»
- Серьезный тип «Реалист»
- Агрессивный тип «Вожак»

Одному человеку могут быть присущи черты каждого из 14 типов, возможно и отсутствие черт определенных типов. Чтобы сопоставить наши данные мы использовали только по одному наиболее выраженному типу личности. В результате в нашей выборке из 39 человек получилось четыре доминирующих типа: драматический (9 человек), праздный (8 человек), агрессивный (5 человек), деятельный (5 человек). Рассмотрим их более подробно.

Драматический тип «Жизнь – вечеринка»

Драматический тип личности – душа. Людям с преобладанием этого типа предоставлен чудесный дар, которым они окрашивают жизнь окружающих. Когда к этому дару прилагаются еще и способности, человек может превратить любой душевный порыв в высокое искусство. Даже в повседневной жизни их остроумие, понятие о красоте, мальчишество действует на людей как алкогольное опьянение. Весь мир – театр для индивидуумов этого типа, жизнь никогда не уныла и не скучна для них и, конечно, для тех, кто находится рядом с ними. Драматические люди заполняют весь мир волнением, вот, что происходит в их жизни.

Следующие семь признаков говорят о наличии в характере Драматического типа. В зависимости от количества соответствующих признаков Драматический тип в большей или в меньшей степени проявляется у данного человека.

1. Чувства. Драматические люди живут в эмоциональном мире. Они – ходячая сенсация, эмоциональные, демонстративные и физически нежные, они быстро реагируют на все происходящее, мгновенно меняют настроение.

2. Цвет. В жизни они экспансивны, живые, яркие. Обладают богатым воображением, рассказывают интересные истории, любят романы и мелодрамы.

3. Внимание. Драматические люди желают, чтобы их видели и замечали, поэтому часто становятся центром внимания, они «вырастают», когда все глаза направлены на них.

4. Появление. Они уделяют много внимания внешности и наслаждаются одеждой, стилем, образом.

5. Сексуальная привлекательность. Драматические личности наслаждаются сексуальностью, они соблазнительны, очаровательны и темпераментны.

6. Обязательства. Легко оказывают доверие другим, быстро вовлекаются в отношения.

7. Воодушевление и желания. Люди с преобладанием Драматического типа легко поддерживают новые идеи и предложения других.

Неестественное актерство

Мужчины и женщины, страдающие неестественным актерством, живут в преувеличенном эмоциональном мире, они делают все, чтобы добиться внимания, потому что без этого они считают себя ничтожеством.

Диагностика

В DSM-IV расстройство личности под названием «неестественное актерство» описывается так:

Образ активного, чрезмерно эмоционального поиска внимания развивается в раннем взрослом возрасте и проявляется в разнообразии контекстов, как обозначено ниже:

- (1) Причиняет неудобства, оказываясь центром внимания.
- (2) При общении с другими отличается сильной сексуальной активностью или провокационным поведением.
- (3) Проявляет чрезвычайно быструю смену эмоций.
- (4) Использует насильственное привлечение к себе внимания.
- (5) Отличается экспрессивным, напыщенным стилем речи.
- (6) Демонстрирует свою драматичность, театральность, преувеличенно выражает эмоции.
- (7) Является внушительным, то есть легко возвышается над другими или над обстоятельствами.

(8) Полагает, что отношения намного более интимны, чем они являются на самом деле.

Праздный тип «Грезы Калифорнии»

Личная свобода – никто не может отобрать это право у человека, обладающего Праздным типом личности. Эти люди будут выполнять свои обязанности, но если у них есть на это свободное время. Они не позволят никому человеку, учреждению или чему бы то ни было мешать их личному счастью. Для Праздного человека в этой жизни важно все. Одни Праздные личности находят свое счастье в творческих порывах, другие любят расслабиться с хорошей книгой, для них не важно, какое именно развлечение они выбрали, главное, что им гарантирована эта возможность. Если их личной свободе что-нибудь угрожает, они энергично защищают свое право делать то, что хотят.

Следующие семь особенностей отвечают стилю поведения Праздного типа. Человек, которые отвечает большинству этих особенностей, имеет сильное преобладание этого типа в характере.

1. Праздное право.

Праздные люди полагают, что их неотъемлемым правом является право полностью распоряжаться своим временем. Они очень ценят и защищают комфорт, свободное время и маленькие радости жизни.

2. Достаточно – достаточно.

Они согласны играть по правилам, выполняют то, чего от них ожидают, и не более. От других они ожидают, чтобы этот предел уважали.

3. Право на сопротивление.

Праздные личности избегают всякой эксплуатации, они сопротивляются требованиям, которые считают неблагоприятными или выше их сил.

4. Мания.

Праздные люди часов не наблюдают, спешка доставляет им слишком много лишнего беспокойства. Они веселы и оптимистичны, если им предъявляются какие-нибудь разумные требования, они в конечном счете будут выполнены.

5. Я разрешаю.

Они не наслаждаются властью. Они имеют собственный подход к жизни.

6. Колесо фортуны.

Праздные люди полагают, что должны получать от жизни самое лучшее, они верят в удачу и считают, что если ты заплатил за проезд, хорошо, не заплатил – еще лучше.

7. Смешанные чувства.

Если они чувствуют, что на них оказывают давление и оно столь сильное, что лишает их возможности руководить собственными действиями, часто возникает конфликт между ними и людьми, о которых они заботятся. Они не любят рисковать важными отношениями и все же не слишком стесняются.

Пассивно-агрессивное расстройство личности

Личности с этим расстройством предрасположены ко всяким хитростям и уловкам. Они медлят, жалуются, противоречат, бездельничают, «забывают», презирают тех, кто требует их помощи, чувствуют себя обманутыми, что жизнь не предложила им лучшей работы. Их внутренний и внешний жизненный опыт ожесточил их, но все же они сами иногда замечают, что отказываются от всех возможностей.

Диагностика

В DSM-IV пассивно-агрессивное расстройство личности описано таким образом:

Образец первазивно-негативных отношений и пассивного сопротивления к требованиям для адекватного выполнения, развивается в раннем взрослом возрасте и представлен в разнообразии контекстов, ниже обозначенных:

(1) Пассивно сопротивляется выполнению обычных повседневных социальных и профессиональных задач.

(2) Жалуются на то, что неправильно истолкован и не оценен другими.

(3) Мрачен и противоречив.

(4) Необоснованно критикует и презирает власть.

(5) Выражает зависть и обиду на более удачливых.

(6) Постоянно жалуются на фортуна.

(7) Перепады от враждебного неповиновения к раскаянию.

Кто здесь главный? Агрессивный тип, конечно. В то время, как другие могут быть равнодушны к лидерству, Агрессивные люди изо всех сил стремятся к рулю. Они рождены, чтобы принять командование. Они вожаки в стае, сила их личности более мощная, чем любой другой. Они могут возложить на себя огромную ответственность, не опасаясь краха. Они принимают власть и отдыхают душой. Они никогда не уклоняются от борьбы, конкурируют с чемпионами. Как они распоряжаются завоеванной властью, уже зависит от преобладания других типов личности в их характерах.

Следующие шесть особенностей поведения свидетельствуют о наличии Агрессивного типа в индивидуальности. В зависимости от количества особенностей в характере человека Агрессивный тип присутствует в большей или меньшей степени.

1. Команда!

Агрессивные личности умеют взять свое. Они удобно себя чувствуют под грузом власти и ответственности.

2. Иерархия.

Они работают лучше всего в пределах определенной структуры власти, где каждый знает свое место и всем ясны их полномочия.

3. Нетерпение к изменениям.

Агрессивные люди изобретают правила и требуют от других четкого их выполнения.

4. Целеустремленность.

Агрессивные люди очень целенаправлены. У них прагматичный подход к достижению своих целей. Они сделают все, чтобы получить желаемый результат.

5. Сила воли.

Они не шепетильны, не обидчивы. Могут хорошо работать в довольно сложных условиях и в опасных ситуациях, не позволяя брать над собой верх волнению и опасениям.

6. Буйство и метания.

Агрессивные люди любят действия и приключения. Они физически сильны и часто с наслаждением принимают участие в спортивных состязаниях, особенно там, где наиболее тесный контакт с соперником.

Садистское расстройство личности

Как подразумевается в названии, люди с садистским расстройством личности очень жестоки, холодны, безжалостны и пугающи. Они могут быть сильными и получать удовлетворение от оскорбления других.

Диагностические критерии

Это расстройство личности, как будет указано далее в этой главе, не встречается в DSM-IV, но в DSM-III-R оно описано таким образом:

А. Образец первазивной жестокости, агрессивное поведение, развивающееся в раннем взрослом возрасте, проявляется в нижеследующем:

(1) Использование физического или другого насилия в целях установления господства в отношениях.

(2) Оскорбление или унижение людей в присутствии других.

(3) Требование подчинения строжайшей дисциплине к тому, кто попадает под контроль, необычайная жестокость к детям, студентам, заключенным, пациентам и т. д.

(4) Получение удовольствия от психических или физических страданий других (людей, а также животных).

(5) Ложь для причинения вреда (не просто во имя достижения некой цели).

(6) Влияние на других людей таким образом, чтобы они испытывали страх (запугивание, террор).

(7) Ограничения автономии людей, с которыми установлены близкие отношения, например, запретить супруге без сопровождения покидать дом, посещать различные мероприятия.

(8) Восхищение всякого рода насилием, оружием, военным искусством, убийствами и пытками.

Б. Признаки поведения А направлены не на одного человека (ребенка или супруга) и не исключительно с целью получения сексуального удовольствия (как в сексуальном садизме).

Деятельный тип «Огонь и лед»

Если вам приходится близко общаться с человеком, в характере которого преобладает Деятельный тип, то, вероятно, вы испытали на себе активность этих людей. Они не могут сидеть на месте и не дают этого другим. Они будут настаивать, чтобы вы отправились с ними в путешествие, они постоянно в поисках новых впечатлений во всем, они постоянно ищут новые стили, новую любовь. Никакой другой тип, даже Драматический, не может быть настолько горячим в своей желании соединиться с жизнью и с другими людьми. Никакой другой тип не может быть настолько переменчивым в настроениях, настолько жаждущим.

Следующие семь признаков и поведенческих особенностей свидетельствуют о наличии в характере Деятельного типа личности.

1. Романтическая привязанность.

Деятельные люди должны быть вовлечены в глубокие романтические отношения с одним человеком.

2. Интенсивность.

Они всегда сосредоточены на том, что происходит во всех отношениях. Все, что происходит между ними и другими людьми, не может быть принято ими легко.

3. Душа.

Они демонстрируют свои чувства. Они эмоциональны, импульсивны и живо на все реагируют, можно сказать, что Деятельный человек, это душа без оболочки.

4. Неограниченность.

У них нет ограничений в любви, забавах, риске.

5. Активность.

Энергичность отличает этот тип, такие люди всегда оживлены, заняты, творчески активны, увлечены. Они проявляют инициативу и могут также заражать других своей активностью.

6. Распространенное мнение.

Они чрезвычайно любопытны, поэтому живо всем интересуются, постоянно экспериментируют с другими культурами, ролями, системами ценностей, постоянно в поисках нового.

7. Пути для отступления.

Люди с преобладанием Деятельного типа прекрасно чувствуют, когда нужно отступить, и стараются уйти от действительности, когда она начинает становиться болезненной и резкой.

Расстройство личности Активность на грани срыва

Неуравновешенность, гнев, самоуничтожение, беспокойство, неуверенность, опустошенность, сильное саморазрушение – все это чувства людей, страдающих расстройством личности – Активность на грани срыва. Они отчаянные, импульсивные и неуравновешенные. Они не могут

использовать свои способности, их ужасает одиночество, они разрушают отношения без которых не могут жить. Тот, кто имеет это расстройство, постоянно испытывает невозможные душевные мучения, а те, кто находится рядом с ними, все равно, что в ловушке, и вынуждены терпеть их.

Диагностические критерии

В DSM-IV это расстройство личности – Активность на грани срыва – описано таким образом:

Образец первазивной неустойчивости межэпизодических отношений, характерный чрезмерной импульсивностью, развивающийся в раннем взрослом возрасте и представленный в разнообразии нижеследующих контекстов:

(1) Приложение невероятных усилий, дабы избежать, предполагаемого отказа.

(2) Неустойчивые интенсивные отношения с чередующимися сверхидеализацией и девальвацией.

(3) Переживания по поводу самоопределения. Заметное отсутствие устойчивого мнения о себе.

(4) Импульсивность и склонность к саморазрушению (например, секс, употребление наркотических веществ, безрассудство).

(5) Периодичное суицидальное поведение, жесты, угрозы, саморазрушительное поведение.

(6) Аффективная неустойчивость, зависящая от амплитуды настроения (например, эпизодическое дисфорическое настроение или беспокойство, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней).

(7) Хроническое чувство опустошенности.

(8) Интенсивный гнев или трудность в управлении гневом.

(9) Переходные процессы, связанные с напряжением. Параноидальные, а также диссоциативные признаки.

Таким образом, ходе исследования выявлено, что характеристики алекситимии обнаружены только у 2-х человек с драматическим типом личности. Драматические люди живут в эмоциональном мире. Они – ходячая сенсация, эмоциональные, демонстративные и физически нежные, они быстро реагируют на все происходящее, мгновенно меняют настроение, поэтому данному типу личности в меньшей степени характерно проявление алекситимии.

Литература

1. Белов В. И. Психология здоровья. – СПб, 1994.
2. Квацук В. В. Лекции по психологии здоровья. – Таганрог: ТИУиЭ, 2003.
3. Крайг Г. Психология развития. – СПб: Питер, 2000.
4. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара: Издательский Дом «БАХРАХ», 1998. .

ПРОБЛЕМА ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОГО ВАКУУМА В КОНТЕКСТЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

О. В. Самойлова, И. О. Логинова

*ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ*

В чём смысл жизни? Многие философы пытались найти ответ на этот извечный вопрос. Например, Аристотель считал, что смысл жизни – интеллектуальное совершенство. Эпикур и его последователи провозглашали целью жизни получение удовольствия. Иудео-христианские мыслители говорят о том, что задача каждого человека – понять и исполнить Божью волю. Юнг видел жизненный смысл в завершении Божественной работы творения. Но дать какой-либо полный, универсальный, устраивающий ответ на этот вопрос не удавалось никому. Ведь у каждого человека свой смысл жизни, свои цели, ценности, приоритеты. Но что может быть, если эта структура смыслообразования нарушена? Если человек не видит смысла своего бытия?

Эта достаточно широкая, значимая проблема имеет особую актуальность рассмотрения в контексте психологического здоровья человека. Она может иметь десятки, сотни проявлений: завуалированные и открытые; незначительные, на первый взгляд, не мешающие повседневному процессу жизни, и нарушающие функционирование человека в обществе, приводящие к различным патологиям. Но, так или иначе, переживая бессмысленность, пустоту существования, невозможно вести насыщенную, психологически здоровую жизнь. Карл Густав Юнг считал, что бессмысленность препятствует полноте жизни и является эквивалентом заболевания.

Отсутствие смысла и целей в жизни может вызывать состояние экзистенциального вакуума, которое, в свою очередь, перейти в ноогенный (который возникает вследствие фрустрации стремления к смыслу) невроз. Особую актуальность эта проблема имеет для молодых людей в возрасте от 18 до 25 лет. В этом возрасте наступает формальное начало взрослой жизни. Чтобы в дальнейшем успешно взаимодействовать с миром, юношам и девушкам необходимо определить свою более-менее устойчивую жизненную позицию, установить приоритеты и цели в жизни (в первую очередь профессиональные, а также семейные, общественные и др.). Таким образом, в это время переживание экзистенциального вакуума или невроза особенно опасно.

Однако, существует немного статистически, объяснительно доказанных исследований проблемы экзистенциального вакуума, в первую очередь потому, что существует нехватка объективных, точных инструментов – методик, позволяющих «измерить» смысл жизни. Одной из них

является тест смысложизненных ориентации, адаптированная Д. А. Леонтьевым версия теста «Цель в жизни» (Purpose-in-Life Test, PIL) Джеймса Крамбо и Леонарда Махوليки.

Другим проблемным моментом является относительно малая работанность теории экзистенциального вакуума. Отчего он возникает? Какие личностные или психофизиологические особенности можно назвать премоурбидными?

В рамках этого теоретического подхода нами была выдвинута гипотеза о связи состояния экзистенциального вакуума с низкой психологической устойчивостью и дезадаптацией. Психологическая устойчивость рассматривается как целостная характеристика личности, обеспечивающая ее устойчивость к фрустрирующему и стрессогенному воздействию трудных ситуаций. Главные причины дезорганизации поведения психологически неустойчивых людей состоят в отсутствии эффективных способов преодоления трудностей и в переживании угрозы для личности. У неустойчивых личностей иногда наблюдается явление самоиндукции отрицательного эмоционального напряжения: дезорганизованное поведение усиливает стрессовое состояние, которое еще больше дезорганизует поведение, что приводит, в конечном счете, к тому, что неустойчивая личность чувствует беспомощность, что приводит к состоянию дезадаптации.

Рассматривая экзистенциальный вакуум как фактор, препятствующий нормальному, психологически здоровому осуществлению жизнедеятельности, логично предположить, что для людей, находящихся в этом состоянии, свойственна высокая напряженность способов совладающего поведения и копинг-стратегий. Совладание с жизненными трудностями, по Р. Лазарусу и С. Фолкману, есть постоянно изменяющиеся когнитивные и поведенческие усилия индивида с целью управления специфическими внешними и (или) внутренними требованиями, которые оцениваются им как подвергающие его испытанию или превышающие его ресурсы. Задача совладания с негативными жизненными обстоятельствами состоит в том, чтобы либо преодолеть трудности, либо уменьшить их отрицательные последствия, либо избежать этих трудностей, либо вытерпеть их. Можно определить совладающее поведение как целенаправленное социальное поведение, позволяющее справиться с трудной жизненной ситуацией (или стрессом) способами, адекватными личностным особенностям и ситуации, – через осознанные стратегии действий. Это сознательное поведение направлено на активное изменение, преобразование ситуации, поддающейся контролю, или на приспособление к ней, если ситуация не поддается контролю.

С целью подтверждения или опровержения гипотезы на базе кафедры психологии и педагогики с курсом медицинской психологии, психотерапии и педагогики ПО Красноярского государственного медицинского университета имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого

было проведено исследование, в котором приняло участие 40 студентов 1 и 2 курса факультета клинической психологии. Им было предложено анонимно ответить на вопросы теста смысложизненных ориентаций, симптоматического опросника самочувствия А. Волкова и Н. Водопьяновой и копинг-теста Лазаруса.

Согласно полученным данным, 30 % студентов имеют высокий общий показатель осмысленности жизни (ОЖ), 15 % – низкий уровень и 55 % студентов – показатель в пределах статистической нормы. 60 % опрошенных обладают высокой эмоциональной устойчивостью, 35 % – средней, 5 % – низкой эмоциональной устойчивостью и находятся в состоянии дезадаптации.

Данное разделение полученных показателей по категориям достаточно условно, и, чтобы выяснить взаимосвязь данных показателей, нами был применен метод корреляционного анализа. Оказалось, что количество баллов по симптоматическому опроснику самочувствия отрицательно коррелирует с баллами по тесту смысложизненных ориентаций (коэффициент корреляции Пирсона $-0,56325$, что свидетельствует об умеренной обратной корреляции). Так как низкие баллы по опроснику А. Волкова и Н. Водопьяновой свидетельствуют о высокой психологической устойчивости и состоянии хорошей адаптированности, то можно сделать вывод: чем более серьезную форму приобретает экзистенциальный вакуум, тем ниже уровень общей психологической устойчивости.

При исследовании копинг-стратегий и способов совладающего поведения у людей с низким показателем осмысленности жизни было обнаружено, что для всех опрошенных характерна высокая напряженность как минимум одного вида копинга (а чаще двух-трех). В 83 % случаях самым напряженным способом совладания был самоконтроль.

Обобщая вышесказанное, можно сделать вывод, что человек, у которого фрустрирована потребность определения смысла жизни, не способен противостоять трудностям, сохранять веру в ситуациях фрустрации и постоянный достаточно высокий уровень настроения, а свои негативные чувства, возникающие на почве этого, склонен регулировать, подавлять, что приводит к усугублению текущего состояния.

Следовательно, в понятие психологической устойчивости, как целостное и интегральное, можно включить приверженность избранным идеалам и целям. То есть, устойчивость возможна, если есть экзистенциальная определенность. Подавляемые агрессия и враждебность, которые являются следствием экзистенциального вакуума, снижают психологическую устойчивость. Сниженная устойчивость приводит к тому, что, оказавшись в ситуации стресса, человек преодолевает ее с негативными последствиями для психического и соматического здоровья.

Согласно И. Ялomu, существуют следующие пути решения кризиса бессмысленности.

Альтруизм. Убежденность в том, что отдавать, быть полезным другим, делать мир лучше для других – хорошо, обеспечивает мощный источник смысла. Она имеет глубокие корни в иудеохристианской традиции и принимается как априорная истина даже теми, кто отвергает теистический компонент.

Преданность делу. Возможен альтруистический компонент, когда человек находит смысл в содействии другим. Но также важно, чтобы смыслопорождающая деятельность «поднимала индивида над самим собой». Эта концепция превосходения себя, «самотрансцендирования» – центральная в конструктах смысла жизни.

Творчество. Создание чего-то нового, чего-то, отмеченного новизной или красотой и гармонией – мощное противоядие ощущению бессмысленности.

Гедонистическое решение. Цель жизни состоит просто в том, чтобы жить полно, сохранять свое чувство удивления чудом жизни, погрузиться в естественный ритм жизни, искать удовольствия в глубочайшем возможном смысле.

Самоактуализация. Человек должен стремиться актуализировать себя, что они должны посвящать себя реализации своего врожденного потенциала.

Самотрансцендирование. Самоактуализированные индивиды, согласно Маслоу, посвящают себя целям, которые находятся за их пределами. Они могут, например, работать над крупномасштабными глобальными проблемами – такими, как бедность, фанатизм или экология – или, в меньшем масштабе, заботиться о росте тех, с кем они живут.

Вовлеченность в жизнь. Вовлеченность – это терапевтический ответ на бессмысленность вне зависимости от источника последней. Вовлеченность всем сердцем в любое из бесконечного множества жизненных действий увеличивает шансы соединить события своей жизни в некую целостную картину.

Литература

1. Аргайл М. Психология счастья. – М.: Прогресс, 1990 – с. 336.
2. Водопьянова Н. Е. Психодиагностика стресса. – СПб.: Питер, 2009. – 336 с.
3. Кон И. С. В поисках себя. Личность и её самосознание. – М.: Политиздат, 1984. – 336 с.
4. Куликов Л. В. Психогигиена личности: Вопросы психологической устойчивости и психопрофилактики: Учебное пособие. – СПб., 2004. – 464 с.
5. Леонтьев Д. А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. – 3-е изд., доп. – М.: Смысл, 2007. – 511 с.
6. Леонтьев Д. А. Методика изучения ценностных ориентаций. – М.: Смысл, 1992. – 17 с.
7. Леонтьев Д. А. Тест смысложизненных ориентаций. – М.: Смысл, 1992. – 16 с.
8. Леонтьев Д. А. О предмете экзистенциальной психологии // 1 Всероссийская научно-практическая конференция по экзистенциальной психологии / Под ред. Д. А. Леонтьева, Е. С. Мазур, А. И. Сосланда. – М.: Смысл, 2001. – С. 3-6.

9. Наследов А. Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных: Учеб. пособие. 3-е изд., стереотип. – СПб.: Речь, 2007. – 392 с.
10. Пергаменщик Л. А. Кризисная психология. Учебное пособие. – Мн.: Вышэйшая школа, 2004. – 288 с.
11. Романин А. Н. Основы психотерапии. – М.: Кнорус, 2006. – 469 с.
12. Селигман М. Новая позитивная психология: Научный взгляд на счастье и смысл жизни. – М.: Издательство «София», 2006. – 368 с.
13. Столин В. В. Самопознание личности. – М.: Издательство Московского университета, 1983. – 284 с.
14. Франкл В. Человек в поисках смысла. – М.: Прогресс, 1990. – 227 с.
15. Франкл В. Сказать жизни – «Да»: Психолог в концлагере. – М.: Смысл, 2004. – 176 с.
16. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. – М.: Независимая фирма «Класс», 1999. – 576 с.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ МОБИЛЬНОГО ТЕЛЕФОНА НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

Ю. М. Смирнова, Ю. В. Живаева

*ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ*

Ученые настоятельно рекомендуют отказаться от частого использования мобильных телефонов. По мнению экспертов, существует прямая связь между излучением сотового и риском развития рака мозга. А именно риск возрастает на все 500 %. Специалист Ллойд Морган, который приводит новые данные, предупредил, что если в ближайшее время культура эксплуатации сотовых телефонов не изменится, человечеству грозит пандемия опухоли головного мозга. Биохимик и CEO благотворительной компании CANCERactive Крис Вулламс расценивает неконтролируемое развитие систем мобильной связи как эксперимент над людьми, на который ни у кого не спросили согласия. До сегодняшнего дня было проведено шесть крупных исследований этой проблемы. В них мобильники то объявляли опасными, то вновь реабилитировали. В новейшем заключении, которое озвучено 15 июня на научно-практической конференции в Сеуле, говорится, что риск получить опухоль мозга повышается в 50 раз у людей, которые часто болтают по мобильнику. Обезопасить от болезни может только стационарный телефон. При этом Ллойд Морган учел результаты предыдущих исследований. В том числе и исследование Всемирной организации здоровья, проводившееся на протяжении десяти лет в 13 странах мира, в котором приняли участие 13 тысяч человек. Согласно ее выводам, любители разговоров по мобильному телефону болеют раком на 50 % чаще тех, кто не злоупотребляет этим. У болтунов опухоль может поразить мыслительные способности и слюнные железы. Как отмечает Утро. ру, Морган подтвердил наихудшие опасения ВОЗ.

«Излучения сотового телефона раз в 20 опаснее излучений компьютера», – констатировал Ю. П. Пальцев, главный эксперт федеральной комиссии по гигиеническому нормированию, главный научный сотрудник НИИ медицины труда РФ, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ. Влияние электромагнитного поля (ЭМП) на организм человека изучается давно, но при этом всегда (почти до конца XX в.) имелся в виду тот уровень прямого воздействия на организм, который вызывал явные и инструментально фиксируемые изменения в органах. Изучение гомеопатии как науки об информационном влиянии способствовало возникновению мысли, что и от слабых, а также очень слабых электрических сигналов должны происходить не только прямые механические и тепловые изменения тканей, но и структурные изменения в клетке. Эти сигналы могут вызывать ответные реакции организма на воздействия, приводящие не к патологическим, а только к функциональным изменениям. Но если причина возникновения вызванных ответных реакций не исчезает, то постепенно возникают уже необратимые изменения в организме на патологическом уровне. Теперь установлено, что малые функциональные изменения имеют свойства накапливаться и приводить к качественным изменениям в состоянии организма, а гипотеза стала реальностью. Необходимость защиты живых организмов от слабых и сверхслабых энергетических воздействий, обусловленных техногенными факторами, возникла из-за того, что порожденные человеческой деятельностью ЭМП превысили естественный фон Земли во много тысяч раз (для Москвы это превышение составило более чем сотни тысяч раз) и резко расширился частотный диапазон этих полей. Организм человека работает уже не в тех оптимальных природных условиях, к которым он приспособлялся тысячи лет, а в новых (особенно интенсивно нарастающих за последние 20–30 лет), гораздо более жестких условиях. Как было установлено работами Воронежского медицинского института им. Бурденко, ЭМП вызывают дополнительную ионизацию плазмы, изменяют проводимость клеток, эритроцитов и лимфоцитов, т. е. оказывают на организм человека негативное воздействие. Из космоса на Землю идут полезные и вредные для человека сигналы. Природой создана система заградительных фильтров и окон пропускания для определенных сигналов. Наиболее важным в ней является диапазон 30–300 ГГц, в котором обеспечивается кинетика всех энергетических и химических процессов на Земле. Для человека «отведен» диапазон 42–67 ГГц. В нем появление дополнительных сигналов даже очень малой величины неблагоприятно для баланса энергетики в организме.

Современная наука подтверждает то, что было известно еще в Древнем Китае: человеческий организм должен находиться в строго определенном энергетическом коридоре, который определяется суммой взаимодействия собственной энергетики тела (излучением и поглощением

энергии сигналов определенных частот) и вихревых потоков Земли и космоса. На человеческом теле есть даже определенные биологически активные точки (БАТ): нижняя, инь-хуэй, – для связи с Землей и верхняя, бай-хуэй, – для связи с Небом. Источники энергии, с помощью которых существует все живое, – это энергия космоса, обеспечивающая синтез-ресинтез веществ, в том числе пищи, и поляризованный 0,9 %-й раствор в крови поваренной соли. Человеческое тело окружено собственной оболочкой из электромагнитных сигналов разных частот весьма малых мощностей и уровней сигнала. Эти электрические сигналы, генерируемые телом, можно инструментально оценить и измерить. Их называют собственным биополем, или аурой. Ясно, что уровень биополя есть сумма внешних и внутренних взаимодействий сигналов и измеряется он приборами в БАТ. Используя постулаты древней китайской медицины и электроизмерения, И. Накатани (Япония) в 1949 г. положил начало анализу и лечению организма по БАТ, которое также интенсивно развивалось немецким врачом Р. Фоллем и сформировалось в рефлексодиагностику и рефлексотерапию. В России это направление было немедленно названо лженаукой (как и гомеопатия). Поэтому до 1998 г. оба учения просуществовали фактически подпольно. Та же история происходит и с энергоинформационным обменом. Это направление не признается официальной наукой, несмотря на явные и неопровержимые доказательства влияния информации. Ученые старых школ не успевают следить за стремительными изменениями в науке, и Академия Наук превращается в тормоз технического прогресса, отвергая все то, что не укладывается в старые представления. Научные школы всегда менялись с уходом их создателей. Сейчас обновление физических законов идет гораздо стремительнее, отсюда и такое сопротивление. Дело дошло до курьеза: в 2002 г. Государственная дума предложила Минздраву обратить внимание на развитие и использование «биорезонансной терапии». Взаимодействие слабых и сверхслабых внешних сигналов с нашим биополем проявляется в изменениях его формы, а форма биополя по определенным законам влияет на состояние тканей и органов человека и, следовательно, на его здоровье. Считается, что биополе должно быть равномерным и иметь форму кокона. Отклонения говорят о воспалительных процессах в теле. Например, прогибы – о недостатке энергии в данной точке и хроническом заболевании органа. Установлена следующая зависимость между заболеваниями и изменениями формы биополя:

- всякое заболевание связано с изменением структуры биологических тканей, что непременно сказывается на топологии биополя человека;
- изменение топологии биополя возможно лишь за счет изменений структуры тканей и, наоборот, при внешнем нарушении топологии биополя происходит деструктурирование тканей;
- алгоритм защиты при этом прост: если удастся привести биополе человека к ровной топологии или увеличить его размер, то цель достигнута;

• биополе здорового человека большое по величине и равномерное по форме: если удастся увеличить размер и откорректировать топологию биополя, больной испытывает облегчение. Сильное внешнее электромагнитное поле (ЭМП), превышающее допустимые нормы) просто сминает наше биополе и вызывает мощные структурные повреждения в тканях. Через изменения биополя становится ясным механизм взаимодействия организма человека и постоянных слабых ЭМП. Часто или постоянно действующие слабые ЭМП (весьма близкие к нулю, но никогда ему не равные) изменяют структуру биополя живого организма (сигнал самого биополя тоже весьма мал). И если это повторяется часто, то начинается деструктурирование ослабленных звеньев организма. При этом вовсе не обязательно, что конкретное воздействие приведет к поражению, например, печени или мозга, заболевание начинается на ослабленных звеньях организма. Число пользователей сотовых телефонов в мире приближается к миллиарду человек, работают десятки тысяч ретрансляционных станций. Поэтому просто необходимо знать, что несет в себе этот очередной «подарок» технического прогресса. Многочисленные газетные публикации и реклама не позволяют населению слышать осторожные голоса врачей и технических специалистов. Сотрудники фирм, выпускающих радио- и сотовые телефоны, с большим рвением доказывают, что они полностью безопасны. И эти заключения делаются на основании работ, в которых ставятся весьма общие задачи (например, выяснить, может ли излучение стать причиной рака мозга). Но врачи не способны дать однозначный ответ, ибо факторов множество, а объем испытаний слишком мал, не учтены отдаленные последствия. Поэтому-то полученная неопределенность и позволяет компаниям выдавать желаемое за действительное. Давно ли то же самое было с вопросами о пользе компьютеров? При использовании телефона мы встречаемся с весьма сложным влиянием ЭМП на голову, которое содержит несколько компонентов: • прямое воздействие на центральные структуры мозга; прямое воздействие на периферические рецепторы вестибулярного, слухового и зрительного анализаторов; мощное воздействие на БАТ уха; рефлексогенное влияние на головной мозг через кожные рецепторы лица и уха. Теперь уже накоплено достаточно статистического материала с однозначным ответом: неблагоприятное воздействие на организм человека есть, но пока нет ясности, каковы его отдаленные последствия для пользователей радио- и сотовыми телефонами. Проведенные в Норвегии и Швеции исследования с опросом 20 тысяч пользователей телефонов GSM выявили тенденцию к увеличению жалоб на головную боль, усталость. Время переговоров и их количество влияли на выраженность этих жалоб. По данным американских ученых оценка поглощенной головным мозгом энергии при использовании сотового телефона показывает, что сигнал проникает до 37 мм в мозг. Исследования, проведенные в Институте высшей

нервной деятельности и нейрофизиологии РАМН России, достоверно показали увеличение глобальной корреляционной размерности во время воздействия ЭМП, а также впоследствии, что свидетельствует об изменении биоэлектрической активности мозга при действии ЭМП мобильного телефона. Можно сказать и о безусловном влиянии работающего радиотелефона на хрусталик глаза, состав крови и половую функцию мелких животных (мышей и крыс), причем эти изменения носят необратимый характер при длительном (более двух недель) воздействии. Есть уже первые признаки беспокойства широкой мировой общественности. Правительство Англии, например, не рекомендует пользоваться радиотелефоном детям и установило «возрастной ценз». Фирмы Nokia, Motorola и Ericsson совместно работают над стандартной формой предупреждения пользователей об уровне излучения мобильных аппаратов. С 1 августа 2001 г. этот параметр должен указываться на продаваемых в США телефонах Ericsson, а с конца года – и на трубках Nokia. Уже есть примеры судебных исков к изготовителям сотовых телефонов. Например, врач Крис Ньюман предъявил иск на \$800 млн компании Motorola. У Ньюмана в 1998 г. была обнаружена злокачественная опухоль головного мозга. Истец связывает это с тем, что он в период с 1992 по 1998 гг. регулярно пользовался мобильным телефоном для общения со своими пациентами. Фирма Motorola отнеслась к обвинениям спокойно, ее представители неоднократно заявляли, что все опасения пользователей беспочвенны. Однако уже в 2001 г. появились публикации о том, что фирмы Nokia, Motorola и Ericsson совместно работают над созданием «радиационного щита», позволяющего снизить вредную составляющую излучений от сотовой связи. Такие устройства появились с 2002 г. В то же время появились сведения, что названные компании специально скупали и не давали ход десяткам патентов на способы защиты от излучений высокочастотных ЭМП. К сведению читателей: в 2000 г. Япония объявила о завершении в 2001 г. разработки устройства No Welle, которое блокирует 99 % электромагнитного излучения от сотового телефона, не влияя на качество связи. В России такие устройства защиты запатентованы, разработаны и производятся еще с 1997 г., однако наша привычка оглядываться на Запад и чиновничьи препоны не позволяет использовать российские приоритеты в полной мере. А измерения, проведенные в НИИ медицины труда РАМН, НИИ «Бинар», показали высокую эффективность этих устройств защиты от энергетических воздействий радиотелефона. Проведенные более чем у 5 тысяч лиц обоего пола измерения биополя по методу А. Влахова позволяют нам говорить об однозначном негативном влиянии сотового телефона на здоровье в прямой зависимости от длительности его использования, возраста и пола человека. Наиболее подвержены отрицательному действию сотового телефона головной мозг, глаза, иммунная система, половые органы. Выяснилось,

что снижение уровня излучения самого телефона имеет вторичное значение, поскольку на человека больше влияют частота сигнала, его полоса пропускания и информационная составляющая. Хорошо известно, что органы человека имеют повышенную чувствительность к слабым электрическим сигналам в области нескольких частот, и уровни таких сигналов гораздо ниже тех, которые были ранее установлены для технических устройств. Тем не менее эпидемиологические службы России не имеют технических гостированных средств для их оценки и этот фактор как опасное для здоровья человека явление не оценивают. Между тем Всемирная организация здравоохранения считает электромагнитное загрязнение среды обитания (электронный смог) главной угрозой для здоровья человечества. Наибольшую опасность для человеческого организма представляет высокочастотный диапазон, так как в нем даже один квант энергии способен нанести большие повреждения клетке. При построении защитных устройств от излучений радио- и сотового телефона должно быть обращено внимание на следующие свойства человеческого организма:

- на фоне общего электромагнитного загрязнения окружающей среды, возникшего и нарастающего как результат технического прогресса и проявляющегося в виде дополнительных и негативных энергоинформационных обменных процессов в клетке и крови, приводящего к снижению иммунитета живых организмов, появление источника высокочастотных сигналов в виде переносного радиотелефона еще больше усугубляет ситуацию. Это, безусловно, приведет к дополнительным вспышкам непредсказуемых болезней и недомоганий самой разной этиологии; ДНК и ферменты человека очень чувствительны к действию высокочастотного диапазона ЭМП. Образующие организм ассоциации клеток «общаются между собой на электрическом языке» и представляют сложную систему тел, окруженную жидкостью-электролитом, и, следовательно, любое увеличение электромагнитной составляющей в окружающей клетку среде окажет на нее влияние; организм наиболее чувствителен к диапазону частот 40-70 ГГц, когда сигналы вступают в резонанс с элементами, составляющими кровь; изменения состояния человеческого организма проявляются через изменения размеров и топологии биополя, причем это говорит о функциональных нарушениях. Известно, что современный переносной радиотелефон работает на частотах 900–2200 МГц и состоит из приемника, телефонного устройства и передатчика при мощности излучения в антенну до сотен микровольт. Снижение мощности в антенне – путь, по которому традиционно идут разработчики устройств связи, оказался неэффективным, так как гармонические составляющие сигналов, попадающих в диапазон 40-70 Гц, никто не контролирует, а именно они являются решающими, ибо на этих частотах чувствительность клеток организма человека наибольшая. Для успешной работы телефона с защитой от излучений необходимо сделать следующее:

- на частотах 40-70 ГГц организовать мощное затухание для гармонических составляющих сигнала телефона;
- снизить мощность сигнала в антенну;
- использовать свойства полосковых резонансных систем поворачивать фазу электромагнитного сигнала, чтобы уменьшить сигнал на СВЧ до безопасного минимума.

Следует также отметить, что значительное увеличение ретрансляционных станций по той же причине оказывает существенное влияние на здоровье проживающего поблизости населения. В современном городе людям, безусловно, необходимо применять устройства защиты от энергетических воздействий. Это позволит уверенно чувствовать себя на улице, в метро, в электротранспорте, да и дома (при наличии СВЧ-печей, электроплит, компьютеров, телевизоров и др.). Существует еще одна точка зрения на проблему излучения радио- и сотового телефона, которая исходит из понятий энергоинформационного обмена: при работе электрических и электронных устройств возникают различные комбинации энергетических воздействий, наносящих ощутимый вред здоровью человека. Электромагнитное загрязнение окружающей среды, возникшее и нарастающее как результат технического прогресса, проявляется в виде дополнительных вихревых потоков, чаще всего негативных энергоинформационных обменных процессов в клетке, приводит к снижению иммунитета живых организмов, так как негативные вихревые потоки взаимодействуют с основными вихревыми потоками человека, исходящими из чакр. Радио- и мобильный телефон вместе с излучающей антенной при работе создают в ближней зоне определенную поляризацию пространства, из которой формируется полезный модулированный информацией электрический сигнал, частота которого от 450 МГц до 1,8 ГГц. Любой электромагнитный сигнал содержит в своем составе, помимо основной частоты, высшие гармоники, которые, как известно, не несут полезной информации, но снижают КПД устройств, создают «паразитные» помехи. Эти составляющие получили названия «электромагнитный смог», «паразитное излучение», «электромагнитное загрязнение». Особенность электромагнитного смога проявляется в том, что он определенным образом поляризует прилегающее пространство и за счет этого нарушает энергоинформационный обмен в клетке. Для изменения вектора поляризации прилегающего к радиотелефону пространства и исключения влияния смога в состав защитного устройства введены аппликаторы, размещенные на подложке, которые могут быть плоскими или объемными, однослойными или многослойными. За счет своей конструкции они создают дополнительные градиенты электрического и магнитного поля в прилегающем к ним пространстве, чем изменяют общий вектор поляризации и частично или полностью компенсируют негативные проявления, вызванные влиянием смога. Например, в защитных

устройствах плоского типа аппликаторы размещаются равномерно по подложке и выполнены в виде п-образных звезд (от 4 до 12 мм) по две звезды каждого типа, при этом концы лучей звезд образуют концентраторы, максимально примыкают друг к другу, но не соприкасаются. Каждая из пар звезд состоит из листов диамагнитного и магнитного материала, размещаемых поочередно и послойно, при этом число слоев может быть два и более. Для построения объемных устройств защиты аппликаторы располагают с убыванием по высоте (пирамидально), при этом все аппликаторы представляют собой генераторы формы, каждый луч звезды создает определенную поляризацию в прилегающем пространстве. Там же, где несколько лучей звезд сходятся, происходит сложение поляризационных векторов, усиливающих общее поле. С другой стороны, все звезды и их расположение выбраны так, чтобы устройство всегда преобразовывало входящий сигнал в сигнал с правосторонним вектором поляризации, так как именно эта поляризация вектора единого поля противодействует негативному действию высокочастотных полей. Звезды выбраны в качестве генераторов формы еще и потому, что существует зависимость интенсивности поляризации излучения от геометрической формы и положения фигур, расположенных на плате относительно полюсов Земли. Поэтому каждая из звезд несколько повернута относительно другой и полюсов Земли. Обе эти концепции в устройствах защиты от воздействий радиотелефона имеют право на жизнь, ибо их конструкция построена таким образом, что выполняются все условия для подавления слабых электромагнитных сигналов и условия защиты от энергоинформационного влияния.

Литература

1. Лисецкий К. С., Литягина Е. В. Психология не – зависимости . М.: «Универс» – групп. 2003, 352.
2. Лебедев В., Баранник О. Механизмы человеческих зависимостей и стратегии освобождения от них. М.: МГУ. 2005, 56.
3. Психология и лечение зависимого поведения. / под. ред. С. Даулинга. М.: Класс. 2000, 240.

ПСИХИЧЕСКОЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ: ПОДХОДЫ К ПОНИМАНИЮ

А. А. Шалабанова

Лесосибирский педагогический институт – филиал федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Сибирский федеральный университет»

Здоровье – основа всей нашей жизни, залог успеха и благополучия, условие достижения жизненных целей. Оно является не только главной ценностью человека, но и достоянием общества. Проблемы охраны,

защиты, укрепления и обретения здоровья на современном этапе развития общества приобретают огромное значение и связываются с понятиями счастья, смысла существования.

Понятие «здоровье» характеризуется сложностью, многозначностью и неоднородностью состава (т. е. оно синкретично). Существует множество определений данного понятия. На уровне житейских суждений здоровье обычно воспринимается как недостижимый идеал или как простая сумма среднестатистических норм, которую гораздо легче отыскать в книгах, чем в повседневной жизни. Одно лишь упоминание здоровья автоматически вызывает ассоциации с набившей оскомину пропагандой «здорового образа жизни», с пустыми фразами типа «Минздрав предупреждает». Соответственно, здоровый человек представляется безликим носителем общих для всех норм; это, прежде всего, «человек без дефектов» – почти то же самое, что и «человек без свойств». В повседневной жизни мы склонны значительно чаще придавать значение различным нарушениям и диссонансам, усматривая в феномене здоровья лишь отсутствие недуга, свободу от тех проблем, разрешением которых поглощено наше сознание.

В «Толковом словаре русского языка» мы можем прочесть общеизвестное, расхожее определение: «Здоровье – это нормальное состояние правильно функционирующего, неповрежденного организма» или «правильная, нормальная деятельность организма» (Ожегов, 1988). Подобное определение легко согласуется со здравым смыслом и оперирует далеки от научной сложности общеупотребимыми понятиями.

В «Толковом словаре психологических и психоаналитических терминов» предложено иное определение: «Здоровье – это относительно устойчивое состояние, в котором личность хорошо адаптирована, сохраняет интерес к жизни и достигает самореализации» (Васильева, 2001).

В Большой медицинской энциклопедии, «здоровье» определяется как состояние организма человека, когда функции всех его органов и систем уравновешены с внешней средой и отсутствуют болезненные изменения. В основу данного определения положена категория состояния здоровья, которое оценивается по трем признакам: соматическому, социальному и личностному. Соматический предполагает совершенство саморегуляции в организме, гармонию физиологических процессов, максимальную адаптацию к окружающей среде. Социальный – меру трудоспособности, социальную активность, деятельное отношение человека к миру. Личностный подразумевает стратегию жизни человека, степень его господства над обстоятельствами жизни (Лисицин, 1982).

И. И. Брехман подчеркивает, что «здоровье – это не отсутствие болезней, а физическая, социальная и психологическая гармония человека, доброжелательные отношения с другими людьми, с природой и самим собой» (Брехман, 1987). Согласно этому определению, можно сделать

вывод, что человек на каждом возрастном этапе должен сохранять устойчивость в природных, социальных условиях, а также в условиях изменения количественных и качественных параметров.

Еще в V веке до н. э. Перикл говорил, что «здоровье – это состояние морального, психического, и физического благополучия, которая дает человеку возможность стойко и, не теряя самообладания, переносить любые жизненные невзгоды». Такое определение известного афинского политического деятеля, на мой взгляд, схоже с понятием здоровья ВОЗ – всемирной организации здравоохранения, которая рассматривает его как «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов».

Из определения видно, что категория здоровья складывается из трех компонентов: физического, социального и психического. Физическое здоровье, как правило, определяется удовлетворенностью человека функционированием своего организма (отсутствием болевых симптомов). Под социальным здоровьем понимается социальная активность, поведение в обществе, личное отношение к миру, обеспечивающее гармонию между потребностями человека и общества в целом. Труднее определить третий компонент категории здоровья – психический, на нем мы и остановимся подробнее.

В психологической литературе понятие «психическое здоровье» рассматривается как состояние душевного благополучия, характеризующееся отсутствием болезненных психических проявлений и обеспечивающее, адекватную условиям окружающей действительности регуляцию поведения и деятельности. Содержание понятия «психического здоровья» не исчерпывается только медицинскими и психологическими критериями, в нем отражены общественные, групповые нормы и ценности.

С нашей точки зрения, критерии оценки психического здоровья наиболее обобщенно представлены А. А. Крыловым, применительно не только к психическому здоровью, но и к психологическому. Он выделяет их в соответствии с видами проявления психического (свойства, состояния, процессы).

По мнению А. А. Крылова, психически здоровая личность характеризуется следующими свойствами: оптимизм, сосредоточенность, уравновешенность, нравственность (честность, совесть), адекватный уровень притязания, чувство долга; уверенность в себе, необидчивость, неленность, независимость, естественность, ответственность, чувство юмора, доброжелательность, терпеливость, самоуважение, самоконтроль.

Наряду с этим, психологически здоровой личности свойственны: эмоциональная устойчивость, зрелость чувств соответственно возрасту, совладение с негативными эмоциями (страх, гнев, жадность, зависть), естественное проявление чувств и эмоций, способность радоваться, сохранность привычного самочувствия, а также адекватное восприятие

самого себя, максимальное приближение субъективных образов к отражаемым объектам действительности, способность концентрации внимания на предмете, удержание информации в памяти, способность к логической обработке информации, критичность мышления, креативность, знание себя, дисциплина ума (управление мыслями).

А. А. Крылов отмечает, что наиболее важный критерий – степень интегрированности личности, ее гармоничность, уравновешенность, а также таким составляющим ее направленности, как духовность (познание, стремление к истине), приоритет гуманистических ценностей (доброта, справедливость), ориентация на саморазвитие, обогащение своей личности.

С позиции самоуправления здоровая личность характеризуется выраженностью целеустремленности (обретением смысла жизни), воли, энергичности, активности, самоконтроля, адекватной самооценки (Крылов, 2001).

Опираясь на критерии, выделенные А. А. Крыловым, можно сделать вывод, что психическое здоровье как составной элемент здоровья, включает в себя совокупность психических характеристик, обеспечивающих динамическое равновесие и возможность человеку выполнения социальных функций. Психически здоровый человек адаптирован к социуму и является его активным участником.

Таким образом, мы можем сказать, что психическое здоровье, прежде всего, определяется особенностями баланса, гармонии, жизненных сил человека и своеобразия его жизненного пространства.

Наряду с этим, рассмотрим понятие «психологическое здоровье».

Понятие «психологическое здоровье» долгое время входило в базовое содержание психического здоровья как его часть, и опыт психопатологий необоснованно применялся в отношении психики нормального человека. Однако, современная наука разграничивает сферы психического и психологического здоровья. Это разные области: различен их инструментарий, критерии определения нормы, пути и методы коррекции нарушений. Психологические отклонения более обратимы, их своевременная диагностика и грамотная коррекция призваны помочь человеку выработать средства саморегуляции, позволяющие ему справляться с внутренними проблемами самостоятельно, до того как эти проблемы обретут необратимый характер.

Наиболее дискуссионным является вопрос о путях формирования психологически здоровой личности. Очевидно, что заботиться о психологическом здоровье человека нужно с детства, а для этого необходимо знать факторы, оказывающие неблагоприятное воздействие на его развитие.

Как известно, психологическое здоровье – одна из важнейших характеристик личности человека. Оно отражает особенности генезиса и психического развития. Основой психологического здоровья является полноценное психическое развитие на всех этапах онтогенеза.

Следовательно, в определение этого понятия должна быть заложена возможность развития человека на всем протяжении его жизненного пути.

Научная категория «психологическое здоровье» была введена и наиболее детально разработана Дубровиной Ириной Владимировной. По ее мнению если термин «психическое здоровье» имеет отношение, прежде всего к отдельным психическим процессам и механизмам, то термин «психологическое здоровье» относится к личности в целом, находится в тесной связи с высшими проявлениями человеческого духа и позволяет выделить психологический аспект проблемы психического здоровья в отличие от медицинского, социологического, философского. Дубровина И. В. отмечает, что «психологическое здоровье делает личность самодостаточной, оно вооружает ее средствами самопонимания, самопринятия и саморазвития в контексте взаимодействия с окружающими людьми и в условиях культурных, социальных, экономических и экологических реальностей окружающего мира» (Дубровина, 1997).

В. Э. Пахальян определяет психологическое здоровье как динамическое состояние внутреннего благополучия (согласованности), которое позволяет человеку актуализировать свои индивидуальные и возрастнопсихологические возможности на любом этапе (Пахальян, 2006).

О. В. Хухлаева дает обобщенный «портрет» психологически здорового человека – это прежде всего человек спонтанный и творческий, жизнерадостный и веселый, открытый и познающий себя и окружающий мир не только разумом, но и чувствами, интуицией. Он полностью принимает самого себя и при этом признает ценность и уникальность окружающих его людей. Такой человек возлагает ответственность за свою жизнь прежде всего на самого себя и извлекает уроки из неблагоприятных ситуаций, прекрасно адаптируется к быстро изменяющимся условиям жизни. Психологическое здоровье делает личность самодостаточной. Человек вооружается средствами самопознания, самопринятия и саморазвития в контексте взаимодействия с окружающими людьми. (Хухлаева, 2002).

Также большинство описаний того, как проявляется психическое здоровье, содержит или подразумевает такое важнейшее свойство человека, как стрессоустойчивость, или жизненная стойкость человека, то есть способность к преодолению стрессовых ситуаций, жизненных трудностей без ущерба для общего здоровья. Оно, в свою очередь, предполагает активность личности, способность ее к усилиям, к определенному напряжению, побуждающему к действию, сопротивлению трудностям. По мнению К. А. Абульхановой – Славской, важной характеристикой психологического здоровья, которая предполагает не только сохранение здоровья, но и возможность использования человеком стресса для самоизменения, личностного роста и развития, является «активность, которая выступает как особое личностное образование, влияющее на весь жизненный путь человека и, проявляется в его жизненной позиции, в концепции жизни» (Абульханова – Славская, 1998). Вслед

за К. А. Абульхановой-Славской, мы считаем, что психологическое здоровье позволяет личности стать постепенно самодостаточной, когда она все больше ориентируется в своем поведении и отношениях не только на извне задаваемые нормы, но и на внутренние осознанные ориентиры.

О. В. Хухлаева утверждает, что психологическое здоровье можно описать как систему, включающую следующие компоненты:

1. Аксиологический компонент. Содержательно представлен ценностями собственного «Я» человека и ценностями «Я» других людей. Ему соответствует как абсолютное принятие самого себя при достаточно полном знании себя, так и принятие других людей вне зависимости от пола, я, культурных особенностей и т. п. Безусловной предпосылкой этого является личностная целостность, а также умение принять свое «темное начало» и вступить с ним в диалог. Кроме того, необходимыми качествами являются умение разглядеть в каждом из окружающих «светлое начало», даже если оно не сразу заметно, по возможности взаимодействовать именно с этим «светлым началом» и дать право на существование «темному началу» в другом индивидууме так же, как и в себе.

2. Инструментальный компонент. Предполагает владение человеком рефлексией как средством самопознания, способностью концентрировать свое сознание на себе, своем внутреннем мире и своем месте во взаимоотношениях с другими. Ему 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.

3. Потребностно-мотивационный компонент. Определяет наличие у человека потребности в саморазвитии. Это означает, что человек становится субъектом своей жизнедеятельности, имеет внутренний источник активности, выступающий двигателем его развития. Он полностью принимает ответственность за свое развитие и становится «автором собственной биографии».

Особо можно выделить, что основой психологического здоровья является гармония человека с самим собой: осознание своих желаний, ценностей, смысла жизни, саморегуляция, самоактуализация, гармония и с окружающей средой: социальным строем, с другими людьми, природой и далее.

Тот же автор выделяет три уровня психологического здоровья (Хухлаева, 2002):

1. Креативный, высший уровень психологического здоровья бывает у людей с устойчивой адаптацией к среде, наличием резерва сил для преодоления стрессовых ситуаций и активным творческим отношением к действительности, наличием созидательной позиции, они успешно ориентируются в этом мире потому, что хорошо усвоили и приняли его законы.

2. Адаптивный, средний уровень, проявляют люди в целом адапти-

рованные к социуму, однако имеющие повышенные тревожность, притязательность, законы жизни в основном понятны, но выполнение некоторых вызывает трудности. Таких людей можно отнести к группе риска, поскольку они не имеют запаса прочности психологического здоровья.

3. Деадаптивный или ассимилятивный, низший уровень психологического здоровья наблюдается у людей с нарушением баланса процессов ассимиляции и аккомодации. Ассимилятивный стиль поведения характеризуется, прежде всего, стремлением человека приспособиться к внешним обстоятельствам в ущерб своим желаниям и возможностям. Неконструктивность его проявляется в его ригидности, в попытках человека полностью соответствовать требованиям окружающих. Человек, избравший аккомодативный стиль поведения, наоборот, характеризуется активно-наступательной позицией, стремлением подчинить окружение своим потребностям. Это, когда человек в любой монастырь идет со своей молитвой. Их девиз: «Нам все равно как, лишь бы по-нашему».

Таким образом, здоровье – понятие условное, так как постоянных критериев и показателей, применяемых для всех людей, не существует. Опираясь на существующие в психологии определения, здоровье можно понимать как динамическое равновесие человека с окружающей природой и социальной средой, которое позволяет ему полноценно развиваться и выполнять социальные функции.

Сопоставив и рассмотрев разные подходы к пониманию психического и психологического здоровья, можно заключить, что психологическое здоровье, прежде всего, свидетельствует о наличии душевных сил, необходимых для нормальной жизнедеятельности: человек ясно мыслит, способен контролировать свое поведение, ставить цели, планировать и организовывать свою деятельность. Психическое здоровье традиционно интерпретируется как собственная жизнеспособность индивида, как жизненная сила, обеспеченная полноценным развитием, как умение приспосабливаться и расти в изменяющихся, не всегда благоприятных, но обычных для большинства условиях, а это и является предпосылкой здоровья психологического.

На основании представленного анализа, мы вслед за О. В. Хухлаевой, психологическое здоровье понимаем как динамическую совокупность психических свойств человека, обеспечивающих гармонию между потребностями индивида и общества и являющихся предпосылкой ориентации индивида на выполнение своей жизненной задачи.

Литература

1. Абульханова – Славская К. А. Проблема активности личности; методология и стратегия исследования. – М., 1998.
2. Брехман И. И. Введение в валеологию – науку о здоровье. – Л., 1987.
3. Васильева О. С., Филатов Ф. Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки. – М.: Издательский центр «Академия», 2001.
4. Лисицин Ю. П. Образ жизни и здоровье населения. – М., 1982.

5. Ожегов С. И. Словарь русского языка. – М., 1988.
6. Пахальян В. Э. Развитие и психологическое здоровье. Дошкольный и школьный возраст. – СПб.: Питер, 2006.
7. Практическая психология образования / Под ред. И. В. Дубровиной. – М.: ТЦ «Сфера», 1997.
8. Психология / Под ред. А. А. Крылова. – М., 2001.
9. Хухлаева О. В. Тропинка к своему Я: Программа формирования психологического здоровья у младших школьников. – М.: Генезис, 2001.
10. Хухлаева О. В. Психология развития: молодость, зрелость, старость: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2002.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ТРЕВОЖНОСТИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Е. А. Шеффер

*Лесосибирский педагогический институт –
филиал ФГАОУ ВПО «Сибирский федеральный университет»*

Тревожность – очень широко распространенный психологический феномен нашего времени. Она является частым симптомом неврозов и является пусковым механизмом расстройства эмоциональной сферы личности.

Несмотря на большое количество работ, посвященных ей, большинство важных вопросов остаются не разрешенными и на сегодняшний день.

Чтобы лучше понять, что такое тревожность, необходимо рассмотреть ее виды. Зигмунд Фрейд выделил три вида тревожности:

Реалистическая тревожность, связанная с опасностью во внешнем мире.

Невротическая тревожность – тревожность, связанная с неизвестной и не определяемой опасностью.

Моральная тревожность – так называемая «тревожность совести», связанная с опасностью, идущей от Супер-Эго.

Реалистическая тревожность является ответом на объективную внешнюю угрозу, при чрезмерном проявлении такая тревожность ослабляет способность индивида эффективно справиться с источником опасности. Переходя во внутренний план в процессе формирования личности, она служит основой для двух типов тревожности, которые различаются по характеру осознания.

Невротическая тревожность, по Фрейду, может существовать в трех основных формах. Во-первых, это «свободно плавающая», «свободно витающая» тревожность, или «готовность в виде тревоги», которую, как образно замечает Фрейд, тревожный человек носит повсюду с собой и которая всегда готова прикрепиться к любому более или менее подходящему объекту (как внешнему, так и внутреннему). Например, она может воплотиться в страх ожидания. Во-вторых, это фобические реакции, которые характеризуются несоразмерностью вызвавшей их ситуации, –

боязнь высоты, змей, толпы, грома и т. п. В-третьих, это страх, возникающий при истерии и тяжелых неврозах и характеризующийся полным отсутствием связи с какой-либо внешней опасностью. Правда, с точки зрения Фрейда, разграничение объективной и невротической тревожности весьма условно, поскольку невротическая тревожность имеет тенденцию проецироваться вовне («прикрепляться к объекту»), приобретая вид реального страха, так как от внешней опасности избавиться легче, чем от внутренней.

Моральная же тревожность, возникает вследствие восприятия Эго опасности, идущей от Супер-Эго. Она представляет собой, по сути, синтез объективной и невротической тревожности, так как Супер-Эго продуцирует вполне реальную боязнь угроз и наказаний – реальную по крайней мере для детей (Фрейд, 2007).

Проблема тревожности является одной из наиболее актуальных проблем в современной психологии. Среди негативных переживаний человека тревожность занимает особое место в подростковом возрасте, часто она приводит к снижению работоспособности, продуктивности деятельности, к трудностям в общении. В тревожном состоянии подросток переживает не одну эмоцию, а некоторую комбинацию различных эмоций, каждая из которых оказывает влияние на его социальные взаимоотношения, на соматическое состояние, на восприятие, мышление, поведение. Ключевой эмоцией в субъективном переживании тревожности является страх.

Подростки тревожатся по поводу своей внешности, по поводу проблем в школе, взаимоотношений с родителями, учителями, сверстниками. И непонимание со стороны взрослых только усиливает неприятные ощущения.

Тревожность может порождаться как реальным неблагополучием подростков в наиболее значимых для них областях деятельности и общения, так и существовать вопреки объективно благополучному положению, являясь следствием определенных личностных конфликтов, нарушений в развитии самооценки и т. п.

Тревожность как свойство личности во многом обуславливает поведение подростков. Определенный уровень тревожности – естественная и обязательная особенность активной деятельной личности. У каждого мальчика или девочки подросткового возраста, существует свой оптимальный или желательный уровень тревожности – это так называемая полезная тревожность. Оценка человеком своего состояния в этом отношении является для него существенным компонентом самоконтроля и самовоспитания. Однако повышенный уровень тревожности является субъективным проявлением неблагополучия подростков. Тревожность оказывает существенное влияние и на самооценку в подростковом возрасте (Волков, 2006).

Повышенный уровень тревожности у подростков может свидетельствовать об их недостаточной эмоциональной приспособленности к тем

или иным социальным ситуациям. Это порождает общую установку на неуверенность в себе.

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 (Малкова, 2009)

Подростковый возраст часто называют периодом диспропорции в развитии. В этом возрасте увеличивается внимание к себе, к своим физическим особенностям; обостряется реакция на мнение окружающих, повышается чувство собственного достоинства и обидчивость. Физические недостатки часто преувеличиваются. Прежде всего, по сравнению с детским возрастом, возрастающее внимание к своему телу обусловлено не только физическими изменениями, но и новой социальной ролью подростка. Окружающие ожидают, что благодаря физический зрелости он уже должен справляться с определенными проблемами развития.

У подростков развивается тревога по поводу нормы развития, это связано, прежде всего, с диспропорциями в развитии, с преждевременным развитием, и его задержкой.

Осознание соматических изменений и их включение в схему тело – одно из важнейших проблем периода полового созревания. Подростки отмечают также социальную реакцию на изменение их физического облика (одобрение, восхищение или отвращение, насмешку, презрение) и включают ее в представление о себе. Это формирует у подростка низкую самооценку, неуверенность в себе, скованность в общении и снижение чувства собственной значимости. К тому же сексуальное развитие очень тесно связано с формированием чувства достоинства и гордости, личностной идентичности.

Необходимо обратить внимание на значимость семьи и школы в период взросления. Так как подростковый возраст это противоречие между стремлением казаться и неумением «быть взрослым». Это противоречие между стремлением к независимости и необходимостью подчиняться указаниям взрослых (Астапов, 2001).

Трудности подросткового возраста связаны с повышенной возбудимостью, ипохондрическими реакциями, острой реакцией на обиду, повышенной критичностью по отношению к старшим (Ремшидт, 1994)

Если эти особенности не учитывать, то у подростков могут сформироваться устойчивые отклонения в нравственном развитии и поведении. И здесь не маловажно отношения между родителями и ребенком. Так как подростковый возраст – это переходный возраст, переходный период, от детства к взрослости, возникают многочисленные конфликты, которые отрицательно влияют на формирование эмоциональной и когнитивной сферы.

Со стороны родителей возрастают ограничения и запреты. Экономические условия могут стать причиной для тревожности, так как подросток постоянно чувствует себя зависимым, несамостоятельным. Неуспеваемость в школе может быть причиной конфликтов. Наряду с родительским домом, школа – важнейшая инстанция социализации. Школьные конфликты связаны в основном с успеваемостью, адаптацией, авторитетом и автономией. В связи с требованиями, предъявляемыми к успеваемости, возникают конфликты, как с учителями, так и со сверстниками. По отношению к учителям могут возникнуть протест, отказ заниматься и добиваться успехов. Такое поведение встречается и у способных и у критически настроенных подростков. В отношениях с ровесниками могут возникать конфликты на почве соперничества. Это влияет на психосоциальную адаптацию подростков и сохранение класса как единого общества. Конфликты в области автономии и авторитета обусловлены стеснениями свободы школьными правилами (Астапов, 1992).

Достигнутый уровень психического развития, возросшие возможности подростка, вызывают у него потребность в самостоятельности, самоутверждении, признания со стороны взрослых его прав, его потенциальных возможностей, в том числе, участие в общественно значимых делах. Между тем, взрослые, подчеркивают, что подросток уже не маленький ребенок и, предъявляя к нему повышенные требования, продолжают порой отказывать ему в праве на самостоятельность, возможностях на самоутверждение. Отсюда и возникает большинство конфликтных ситуаций, обиды и разнообразные формы протеста (Крайг, 2007).

Основным новообразованием подросткового возраста является самосознание, как результат расширения общения, усложнившихся отношений подростка с обществом, с взрослыми, со сверстниками.

Состояние тревожности – это следствие подросткового кризиса, который протекает, по-разному и дезорганизует личность подростка, влияет на все стороны его жизни. Оскорбление взрослыми чувства собственного достоинства подростка, воспринимается им очень чувствительно.

Личность подростка развивается аномально, то есть «кризис подросткового возраста» протекает с осложнениями. Для кризиса идентичности характерно переживание подростком чувства неполноценности и депрессивное состояние.

Таким образом, изучение подросткового возраста, в основе которого лежит изменение одного из главных показателей психического состояния – потребности в самостоятельности, самоутверждении, дает возможность рассматривать не просто младших и старших подростков, но и раскрыть сложную динамику их поуровневого развития.

Важнейший момент в характеристике подростка, его новой социальной позиции – осознание им своего «Я». Это осознание осуществляется и в самооценке и в отношениях со сверстниками, взрослыми. Между тем потребность подростка в самонаблюдении, самооценке, самоутверждении

и самоусовершенствовании возникает не из пустого любопытства и поверхностного влечения к самоуглублению, а появляется из моральной потребности проанализировать свои достоинства и недостатки, из стремления понять, что в собственных поступках и целях является правильным и неправильным, чего следует добиваться и от чего воздерживаться. То есть интерес к себе возникает из потребности жизни и деятельности, в которых раскрываются качества личности (Вачков, 2004).

Подросток испытывает особую потребность в дружеских отношениях, где только и возможна система реального равенства. Но возможны конфликты на почве соперничества. Часто подростки занимают агрессивную роль по отношению к тем людям, от которых исходит угроза их престижу, самооценке. На самом деле, срабатывает механизм психической защиты и зачастую он выражается в агрессии. В действительности у таких подростков может быть низкая самооценка, повышенная тревожность, неуверенность, мнительность.

Среди признаков тревожности подростков, прежде всего, стоит отметить ухудшение соматического здоровья подростка, что вполне объяснимо с точки зрения теории психосоматики. Тревожные подростки часто болеют, и вынуждены по этой причине оставаться дома. Иногда возникают «беспричинные» головные боли или боли в животе, резко повышается температура. Особенно часто такие соматические нарушения случаются непосредственно перед контрольными и экзаменами (Кочубей, 1988).

Нежелание ходить в школу чаще всего возникает в контексте недостаточной школьной мотивации, однако свидетельствует, в первую очередь, о том, что подросток чувствует себя в школе дискомфортно. Подросток каждое утро «уходит в школу» (завтракает, собирает портфель), возвращается домой в положенное время, и родители в течение долгого времени не догадываются о том, что вместо уроков их ребенок проводит время с друзьями или просто гуляет по улице в одиночестве. Начиная со средней школы, довольно типичными становятся прогулы контрольных и самостоятельных работ, «нелюбимых» предметов, уроков, которые ведут «плохие» учителя (Микляева, 2005).

Противоположную форму проявления школьной тревожности представляет собой излишняя старательность при выполнении заданий. Подросток, добиваясь совершенства, может многократно переписывать классные и домашние работы, тратить на выполнение домашнего задания много часов в день, отказываясь ради этого от прогулок и встреч с друзьями. Это иногда может быть связано со стремлением «быть лучше всех» («не быть хуже, чем...»), что косвенно указывает на конфликтность самооценки такого подростка (Захаров, 2006).

С конфликтностью самооценки связан и следующий поведенческий признак школьной тревожности – отказ от выполнения субъективно невыполнимых заданий. Если какое-то задание не получается, подросток может просто перестать пытаться его выполнить, что обусловлено

описанным выше механизмом «замкнутого психологического круга». Такая форма проявления школьной тревожности особенно часто наблюдается в классах, которым гласно или негласно присвоен статус «самых слабых» в параллели. Учащиеся этих классов обычно не выполняют домашних заданий, меньше работают на уроках, и объяснение этому можно найти в словах девочки-девятиклассницы, которая учится в таком классе: «А зачем? Мы все равно не сможем. . . Нам можно!» (Кочубей, 1988).

Раздражительность и агрессивные проявления подростка зачастую рассматриваются как самостоятельные «мишени» психологической помощи, в то время как во многих случаях они являются только симптомом, свидетельствующим о том, что такой ученик подвержен школьной тревожности. Раздраженные или агрессивные реакции могут оказаться способом нивелирования эмоционального дискомфорта, вызванного теми или иными событиями школьной жизни. Тревожные подростки могут «маскировать» эмоциональный дискомфорт тем, что огрызаются в ответ на замечания, проявляют излишнюю обидчивость в отношениях с одноклассниками, иногда доводящую до драк.

Рассеянность, или снижение концентрации внимания на уроках – признак школьной тревожности, судьба которого во многом сходна с предыдущим. Также как и агрессивность, рассеянность может рассматриваться как самостоятельный симптом, указывающий на определенный дефект внимания. Во многих случаях частые отвлечения во время урока, только «физическое» присутствие на уроке характерны для подростков, которые таким образом стараются избежать вызывающих беспокойство фрагментов школьной среды. В итоге они либо постоянно вытесняют тревожащие элементы из поля сознания, либо пребывают в мире собственных мыслей и идей, которые не вызывают тревоги, благодаря чему это состояние является для них наиболее комфортным. Помочь таким детям стать более внимательными – значит помочь им справиться с тревожностью.

Особого внимания заслуживает такая форма проявления школьной тревожности, как потеря контроля над физиологическими функциями в стрессогенных ситуациях. В первую очередь, это различные вегетативные реакции в беспокоящих ситуациях. Например, подросток может краснеть (бледнеть), отвечая у доски и даже с места, чувствовать дрожь в коленках. В ответственные моменты могут возникать тошнота, легкое головокружение – состояния, знакомые любому человеку, который хоть раз испытывал серьезное беспокойство (Кочубей, 1988).

В связи с актуальностью проблемы нами организовано эмпирическое исследование с целью изучения тревожности в подростковом возрасте. В исследовании принимали участие 60 подростков (31 мальчик и 29 девочек) в возрасте 13-14 лет, учащиеся восьмого класса.

В своем исследовании, для оценки уровня личностной тревожности подростков мы использовали методику: «Многомерная оценка детской тревожности» (МОДТ), которая представляет собой многошкальный

опросник, позволяющий оценить характеристики тревожности у детей и подростков, значимые для медико-психолого-педагогической практики.

Анализируя результаты, полученные при диагностике по методике «Многомерная оценка детской тревожности», мы отмечаем, что 50,83 % опрошенных нами школьников имеют средний уровень тревожности; 36,99 % – низкий уровень; у 9,01 % отмечается высокий уровень тревожности; крайне высокий уровень выявлен у 3,17 % школьников. Полученные данные свидетельствуют о преобладании среднего уровня тревожности среди восьмиклассников. Это говорит о том, что большинство подростков обладают необходимым для полноценной, гармоничной жизни уровнем тревожности, у них отсутствуют ярко выраженные внутренние и внешние конфликты. Низкий показатель тревожности может означать, что у этих подростков срабатывают защитные механизмы. Возможно так же, что за этим скрывается повышенная тревожность, о которой учащиеся не хотят сообщать окружающим. Высокий уровень и крайне высокий уровень тревожности свидетельствуют о серьезных внутренних или внешних конфликтах, депривации основных потребностей этих подростков.

Подростки, у которых высокий и крайне высокий уровни тревожности, дают основание полагать, что у них имеются нарушения в эмоционально-личностной сфере, а также проблемы в установлении социальных контактов. В связи с этим, мы видим необходимость работы психолога с этими подростками, так как у них существует большой риск развития серьезных невротических, поведенческих и психосоматических расстройств.

Литература

1. Астапов В. М. Тревожность у детей. – М.: ПЕР СЭ, 2001. – 160 с.
2. Астапов В. Н. Функциональный подход к изучению состояния тревоги. / В. Н. Астапов // Психологический журнал, 1992. – № 5. – С. 10-13.
3. Вачков И. Тревожность, тревога, страх: различение понятий / И. Вачков // Школьный психолог. – 2004. – № 8. – С. 20-24.
4. Волков Б. С. Психология подростка. – СПб.: ПоР, 2006. – 160 с.
5. Захаров А. И. Происхождение детских неврозов и психотерапия. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2006. – 448 с.
6. Кочубей Б. И. Снимем маску с тревоги / Б. И. Кочубей, Е. В. Новикова // Семья и школа. – 1988. – № 11. – С. 6-9.
7. Кочубей Б. И. Эмоциональная устойчивость школьника / Б. И. Кочубей, Е. В. Новикова. – М.: Знание, 1988. – 80 с.
8. Крайг Г. Психология развития. – СПб.: Питер, 2007. – 987 с.
9. Малкова Е. Е. Возрастная динамика проявлений тревожности у школьников / Е. Е. Малкова // Вопросы психологии. – 2009. – № 4. – С. 10-12.
10. Микляева А. В. Школьная тревожность: диагностика, коррекция, развитие / А. В. Микляева, П. В. Румянцева. – СПб.: Речь, 2004. – 248 с.
11. Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст. Проблемы становления личности. – М., 1994. – 265 с.
12. Фрейд З. Истерия и страх. – М.: Сфера, 2007. – 320 с.

Подписано в печать 19.11.2012 г.
Бумага офс. 80 г/м². Усл. печ. л. 26,73.
Тираж 100 экз. Заказ № 4480.

Отпечатано в ООО «Версо».
660079, г. Красноярск, ул. А. Магросова, 30к.
Тел.: 235-04-89, 235-05-89, e-mail: versona@kras.ru